Dr. doc. Andrei Athanasiu

Elemente de **psihologie medicală**



Editura Medicală
București, 1983

COPERTA ȘI SUPRA COPERTA DE
GICĂ PETRE

Redactor : dr. M. Gavrilescu
Tehnoredactor : Violanda Leordeanu
Coli tipar : 20,25
Bun de tipar la 07.07.1983

Imprimat la I. P. OLTENIA Craiova
Str. Mihai Viteazu nr. 4 cd. 68/1983



Sumar

Introducere — 7

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (I) — 11
Psihicul și evoluția biologică — 11
Eficacitatea și eficiența psihicului — 12
Perspectiva biochimică în psihologie — 15
Perspectiva cibernetică în psihologie — 16
Valorificări necesare — 18

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (II) — 20
Obiect și persoană — 20
Inconșientul în structura persoanei — 21
Modele ale persoanei umane — 24
Autenticitatea — 28
Persoana ca sistem deschis — 28
Individualitate și individualizare — 30
Terenul individual — 31
Personalitatea în perspectivă sistemică — 32

Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii (I) — 34
Terminologie — 34
Viața afectivă — 35
Concomitențe endocrine ale stărilor afective — 38
Concomitențe nervoase ale stărilor afective — 40
Stări afective complexe — 42
„Instinctul" — 43
Despre reflexele condiționate — 45

Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii (II) — 49
Considerații istorice — 49
Aspectul corticovisceral (cerebrovisceral) — 51
Aspectul viscerocortical (viscerocerebral) — 55
Medicina psihosomatică — 57
Perspectiva informațională — 67
Perspectiva etologică — 68

Constituție și tip — 70
Despre tipologie — 70
Constituție și biotipologie — 73
Tipologia lui Kretschmer — 74
Tipologia lui Sheldon — 75
Caracterologiile — 77
Tipuri de activitate nervoasă superioară — 81
Tipologie și asimetria emisferelor cerebrale — 83
Tipuri spirituale — 84
„Analiza destinului" la L. Szondi — 86
Constituție și tipologie în homeopatie — 87
Retrospectivă — 88
Caracter și reacție la boală — 90
„Personalitățile accentuate" și boala — 92

Durere, suferință, anxietate — 96
Introducere — 96
Durerea — 96
Suferința — 106
Neliniștea și teama — urzeală a psihologiei cotidianului în medicină — 108

Moartea ca problemă a psihologiei medicale — 113
Geneza culturală a fricii de moarte — 113
Psihologia clipei de moarte — 115
Atitudini față de moarte — 118
Sinuciderea — 123
Aspecte legate de vîrstă — 126

Sabinela

Personalul medical și asistența muribunzilor — 127
Eutanasia — 128

Expresia ca mijloc de cercetare clinică — 133
Introducere — 133
Fața — 135
Rîsul și plînsul — 138
Mîna — 139
Examenul grafologic — 141

Sănătatea și sănătatea mentală — 145
Introducere — 145
Boala în cadrul personalității morbide — 148
Ipohondria. Bolnavul închipuit — 152
Bolnavii „dificili" — 153
Probleme de igienă psihică în medicina generală — 154

Personalitate și boală — 158
Psihologia bolnavului ca reacție la boală — 158
Unitate și varietate a reacțiilor — 160
Boala și biografia psihică a persoanei — 164
Despre semnificația detaliilor corporale — 166
Tip de personalitate și răspuns la medicamente — 169

Psihologia medicală a vîrstelor și a sexelor — 171
Considerații generale — 171
Etape, stadii, crize — 171
Concepte sintetice despre desfășurarea vieții umane — 174
Prima copilărie — 177
Copilăria propriu-zisă — 179
Pubertatea și adolescența — 181
Climacteriul — 184
Probleme psihologice ale bătrîneții — 185
Date pentru o psihologie medicală a femeii — 190
Psihologia gestației și a parturientei — 193

Corelații psihice ale unor boli acute și cronice — 195
Generalități — 195
Corelații psihologice ale bolilor endocrine — 201
Afecțiunile sferei genitale — 204
Alergiile — 205
Psihologia cardiacului — 206
Accidentele cerebrale acute — 210
Psihologia tuberculosului — 212
Psihologia convalescenței — 217
Corelații psihologice în cancer — 218
Psihologia infirmului — 231
Medicul ca pacient — 233

De la psihologia diagnosticului la diagnosticul psihologic — 236
Simțul clinic — 236
Metodologia diagnosticului — 237
Erorile de diagnostic — 242
Primejdia „mecanizării" — și limitele „automatizării" — 244
Despre un diagnostic în etape al persoanei — 244
Simptomatologie psihică și remedii psihotrope în homeopatie — 245

Psihologia relațiilor dintre medic și pacient — 248
Introducere — 248
Despre dialogul medic-pacient — 250
Psihologia „situațională" a bolnavului — 252
Medicul și pretențiile pacientului — 254
Informarea pacientului de către medic — 255
Consimțămîntul — 256
Formarea și educarea bolnavului — 257
Medicul văzut de pacienți — 258
Despre prestigiul medicilor și al medicinii — 260
Autotratamentul — 260
Relațiile medic-pacient privite ca un „contact comunicant" — 261
Complianța pacienților — 265
Retrospectivă — 266

Aspecte psihosociologice ale bolii și ale medicinii — 268
Introducere — 268
Boala, fenomen social — 269
Familia — 274
Psihosociologia spitalului — 275
Bolnavul spitalizat — 277
Birocrație și medicină — 278
Incidențele patologice ale psihosociologiei vieții moderne — 279

Sociologia istorică a profesiunii medicale — 280
Cîteva probleme psihologice ale educației sanitare — 282

Terapia psihologică — 287
Introducere — 287
Psihoterapii simple — 289
Psihoterapii dialectice — 290
Psihanaliza — 290
Psihoterapia non-directivă a lui Carl R. Rogers — 292
Analiza existențială (Daseinsanalyse) și psihoterapia — 292
Logoterapia — 293
Psihoterapii directive — 294
Terapia comportamentală — 297
Terapeutic-catartice — 299
Psihoterapii colective — 301
Culoarea — 301
Coeficientul psihoterapeutic al medicamentului. Efectul placebo — 303
Privire retrospectivă și completări — 304
Bio-feed-back și comportament — 307
Psihofarmacologia ca psihoterapie indirectă — 309
Anexă : „Magnetismul animal" și fenomenele înrudite — 310

Bibliografie — 313

Introducere

O cercetare — chiar introductivă — a relaţiilor dintre Psihologie şi Medicină ni se pare a fi binevenită. Ea răspunde, mai întîi, unei legitime curiozităţi : a celor bolnavi în prezent, în trecut sau în viitor, a medicilor (dornici — între altele — să se cunoască, să-şi aprecieze resorturile şi valenţele psihologice ale activităţii lor), dar şi a celor interesaţi să examineze „fenomenul uman“, aşa cum se relevă el prin experienţele (inevitabile) ale durerii, ale bolii şi ale apropierii de moarte. Ea răspunde, însă, mai cu seamă, unor necesităţi subiective şi obiective a căror satisfacere condiţionează în mare măsură eficacitatea actului terapeutic şi progresul asistenţei medicale.

Astfel, *medicul,* oricare ar fi specialitatea sa, are nevoie de o concepţie cuprinzătoare şi subtilă asupra omului, sănătăţii, bolii. Extraordinara complexitate, fragilitate, coordonare şi ingeniozitate a *vieţii fiziologice* a organismului nu dă decît o imagine trunchiată, incompletă, despre ceea ce înseamnă persoana umană. Abia cunoaşterea *vieţii psihologice* a persoanei umane (care nu este alcătuită numai din „mecanisme“, ci şi din probleme) ne aşează pe acel nivel de înţelegere care ţine seama de particularităţi esenţiale, caracteristice, specifice ale sale. Concepţia despre lume, *Weltanschauung*-ul medical care ignorează lumea psihică este cu totul deficitară tocmai sub aspectele *umane.* S-a crezut un timp că acest *Weltanschauung* poate pretinde pentru sine avantaje de perspectivă tocmai renunţînd la punctul de vedere comun, al „omului de pe stradă“, pentru care există aparenţa unei vieţi sufleteşti — şi căutînd, pretutindeni, baza materială a acestor manifestări, singura, avînd semnificaţie ştiinţifică. Pentru unii medici din trecut — dar şi pentru unii medici de astăzi —, contribuţia importantă a medicinii la progresul ideilor noastre asupra vieţii psihice ar trebui căutată în „demitizarea“ şi „demistificarea“ ei, în suprimarea „iluziilor“ privind autonomia vieţii psihice sau libertatea „morală“ a omului, în cadrul vieţii în general. Dar *această problemă de ontologie* nu trebuie să întunece problematica psihologică a medicinii, problematică de ordin practic (pragmatic), care interesează durerea şi suferinţa, „comunicaţia“ interumană, atitudinea faţă de boală şi faţă de moarte etc. Nu poate fi vorba de „desfiinţarea“ psihologiei ca ştiinţă cu

obiect propriu și cu metode proprii de cercetare. Rezolvarea în spirit materialist a problemelor psihologiei nu poate împieta cu nimic asupra recunoașterii *eficacității* psihicului în lumea materială și socială, admiterii unor corelații psihosomatice (și nu numai a influențelor somatopsihice). Putem afirma, de aceea, că pentru medicul practician psihologia este importantă nu numai pentru că este o știință a cărei orientare materialistă a fost sprijinită și cu argumente de ordin fiziologic, biochimic, medical — ci tocmai prin datele, metodele și punctele de vedere *specifice* ei, absente din științele fizice, chimice sau biologice și care completează investigarea, explicarea și înțelegerea fenomenului om, a activităților umane, a patologiei umane. Evident, importanța psihologiei este, pentru medic, nu numai teoretică (filozofică și antropologică), ci mai ales practică. Nu numai neurologul („cerebrologul") este direct interesat ; iar pentru valențele practice — nu este interesat în *primul rînd* psihiatrul, ci în primul rînd medicul care vine în contact cu bolnavul *sănătos din punct de vedere psihic*. Psihologia trebuie să devină, de aceea, o componentă cu pondere mare în formația *generală* a medicului, iar indicațiile sale se cer folosite conștient și sistematic de către orice specialist.

Pentru bolnav, datele de psihologie a medicinii îl pot ajuta să se înțeleagă pe sine și pot contribui hotărîtor la „înțelegerea" cît mai bună dintre medic și bolnav, premisă a succesului diagnostic și terapeutic.

Firește, valoarea „obiectivă" a vieții „subiective" nu este pusă la îndoială nici de către cei care discută dinamica vieții personale, nici de către cei care discută dinamica vieții sociale și culturale.

Este ușor de văzut că o medicină care ar ignora psihologia ar fi o medicină *biologică* și nu *antropologică*, depersonalizantă, ruptă atît de dinamica vieții personale, cît și de dinamica vieții sociale și culturale. Dar, în felul acesta, n-ar suferi numai medicina ; și psihologia sau teoria culturii ar fi lipsite de contribuții însemnate aduse de observația omului aflat în „situații limită" pus față în față cu problematica durerii, a bolii, a morții *(Homo patiens)*.

Ce fel de date și ce fel de „gîndire psihologică" sînt necesare medicului în cadrul formației sale generale sau a activității în specialități oarecare (nu neapărat neuropsihiatrice) ?

Să numim *psihologie analitică* psihologia îndreptată spre „descompunerea" vieții psihice în procese (funcțiuni, facultăți) elementare. Este cercetarea care are în obiectiv studiul — pe cît se poate mai riguros — al atenției, memoriei, ritmului psihic etc. Fără a contesta valoarea diagnostică și teoretică a unor astfel de cercetări, opinia noastră este că asemenea preocupări, cu caracter mai mult tehnic, trebuie lăsate pe seama psihologului specialist. În lucrarea noastră (care nu are decît un caracter orientativ, care nu are pretenții de enumerare exhaustivă a valențelor psihologice ale medicinii și se ferește de indicații tehnice) — vom da mai mult atenție problemelor de *psihologie sintetică*, psihologiei „funcțiilor globale" (cum sînt cele legate de viața afectivă, de motivație, de atitudine, de „sentimentul realului", studiat de P. Janet) și *psihologiei persoanei* (Allport, Mărgineanu). Îndeosebi ne va interesa poziția față de suferință, față de boală, față de moarte, care „demască" atitudini față de propriul eu și față de viață, și — adesea — un anumit *Weltanschauung*. Psihologia sintetică și psihologia persoanei nu au exactitatea pe care le-ar putea-o

împrumuta metodele experimentale ; fără a se depărta de contribuțiile științelor naturii, ele se apropie de spiritul „filozofic" al științelor culturii. Pentru că nu ne putem limita la o abordare exclusiv descriptivă, ci vom căuta și interpretări deterministe, considerațiile noastre vor împrumuta critic ipoteze din sectorul *psihologiei dinamice.*

Trebuie să facem observația că elementul *antropologic* din medicină nu se reduce la *psihologie,* pur și simplu. O importanță covîrșitoare îl are elementul *sociologic.* Pentru medicina practicată la nivel individual, de mare interes sînt datele, observațiile, preocupările de *psihologie socială.* Psihologia, în totalitatea ei, nu face parte dintre științele antropologice (umaniste), căci există și o psihologie animală (zoopsihologia). Psihologia umană de interes medical are conexiuni strînse cu problemele psihologiei *culturii* (inclusiv cu problemele așa-numitei antropologii culturale, ale esteticii și cu cele ale creației culturale), și cu problemele teoriei valorilor (axiologie). Lumea „specific umană" este, după mulți gînditori, lumea valorilor (etice, estetice, religioase etc.). Mai ales autorii germani au sugerat etichetarea lumii valorilor cu termenul de „lume spirituală", deosebind „sufletul" *(Seele)* de „spirit" *(Geist).* (Asupra acestei nomenclaturi vom mai reveni). Menționăm că atitudinea bolnavului față de sine-însuși, față de boală, față de medic și față de medicină depinde de coordonatele culturale, reflectă o anumită ierarhie de valori și, în ultimă instanță, factori de ordin sociologic și istoric. Pentru medicină, însă, sînt importante atît procesele psihice cu rădăcini sociale, cît și cele cu rădăcini biologice puternice — care țin de pulsiuni și de temperament, ca și cele care țin de particularitățile biografice individuale.

Psihologia pe care o cultivăm nu poate fi o psihologie *generală,* care să rețină numai caracteristici comune, nespecifice individualităților umane — ci, dimpotrivă, trebuie să fie o psihologie *diferențială* și *tipologică.* Ea nu este decît într-o anumită măsură o psihologie de *laborator,* a cercetării în condiții artificiale ; în cea mai mare măsură este o *psihologie „clinică"* (înțelegînd „metoda clinică" în sensul acceptat de J. Piaget și nu în sensul de „psihologie la patul bolnavului"). Psihologia clinică urmărește prin observație și experiment natural, prin cercetare în timp („longitudinal"), individul concret, global, sănătos sau bolnav. Psihologia medicinii caută să fie o întruchipare a acelei *psihologii concrete* pe care o preconiza G. Politzer, psihologia care are în centrul ei „drama" persoanei umane. Psihologia „medicală" va pune accentul atît pe date obiective (sau obiectivabile), cît și pe date subiective (introspecția bolnavului, „intuiția" medicului). Psihologia medicinii nu poate fi „impersonală", o psihologie a individului oarecare, descris „la persoana 3-a" *(el, ea),* ca subiect care cunoaște, care reacționează sau acționează ; sau psihologia „la persoana întîi", a celui care se autoobservă. Un rol important în cadrul ei îl joacă „psihologia la persoana a 2-a" despre care scria E. Minkowski (psihologia care cunoaște un „tu" distinct de alții) — și, în particular, psihologia interacțiunii „eu-tu" (analizată de psihanaliză, de M. Buber și de sociometrie). Această interacțiune specifică, între două *persoane* care se cunosc în ceea ce au ele deosebit (poate „unic"), sau între două persoane cu *roluri* bine definite, este cea care intervine ca bază a relațiilor dintre pacient și medicul *său,* sau în etiologia multor afecțiuni psihoso-

matice. Dragostea, transferul, vindecarea „miraculoasă“ sînt exemple de concretizare a unor astfel de interacțiuni psihice.

Vorbim despre psihologie în *medicină*, despre psihologia *medicinii*, ca și despre psihologia *medicală*, pentru a sublinia că sfera de preocupări din volumul de față nu coincide cu psihologia generală sau diferențială *aplicată* la probleme de teorie și de practică medicală, diagnostică și terapeutică. Psihologia *medicinii* cuprinde, între altele, și problematica psihologică a profesiunii medicale, ca și psihologia *dramei* existenței umane proiectată pe coordonatele bolii, suferinței, morții și interacțiunii filantropice (sau „antropofile“). Ea are, ca atare, implicații de etică, de antropologie filozofică, de psihologie a aptitudinilor și a muncii și de ceea ce s-ar putea numi „teoria idealurilor“ *(idealogie)*.

Psihologia medicinii nu trebuie redusă la *psihopatologie*, cu care își încrucișează sfera. Patologia psihicului interesează mai ales pe psihiatri ; ceea ce urmărim a prezenta, în unele capitole, este mai curînd o *patopsihologie*, adică psihologia omului bolnav cu psihicul „sănătos“*. Aceasta ne duce, firește, la depășirea schemei simpliste după care suflet sănătos se găsește *numai* în corp sănătos. Dialectica interacțiunilor psihosomatice ne apare, dimpotrivă, cu valoroase aspecte de autonomie și cu tulburătoare aspecte de antinomie ; tocmai relativa independență a structurilor „psihice“ (sau spirituale) față de dinamica fiziologică și fiziopatologică permite psihoterapeutului să se *sprijine* pe persoana bolnavului pentru a obține vindecarea. Spre deosebire de psihopatologia cu punct de plecare în psihiatrie, care are în vedere în primul rînd diagnosticul nosografic și nosologic (sau „sindromologic“) și care procedează mai ales *analitic*, psihologia medicală sau psihologia medicinii (așa cum o preconizăm) procedează mai ales sintetic în vederea *înțelegerii* lumii interioare a bolnavului.

Astfel conturată, *psihologia medicală*, are relații multiple și complexe cu ramurile cele mai diverse ale științelor despre om și ale științelor „umaniste“ : psihologia și psihologia socială, antropobiologia, antropologia culturală și filozofică, etnografia, filozofia culturii, sociologia, medicina socială și sociologia medicală, istoria civilizației etc.

Cît despre relațiile sale cu științele biologice, ele vor fi examinate principial în capitolul următor — și în detalii în capitolele consacrate vieții afective, etologiei, biotipologiei etc.

---

* O distincție între „psihopatologie“ ca patologie a funcțiilor psihice (analogă fiziopatologiei) și „psihopatologie“ ca studiu al psihologiei *psihicului* bolnav o face E. Minkowski. Desigur, nu este exclusă psibilitatea de *alterare* în timp a psihicului celui suferind de boli somatice (psihizare, nevrozare, psihotizare, nervotizare).

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (I)

Psihicul și evoluția biologică

La prima vedere ar putea să pară ciudat faptul că I.P. Pavlov, corifeul luptei pentru explicarea *fiziologistă* a comportamentului animal și al luptei împotriva „antropomorfizării“ zoopsihologiei, a putut să scrie că „lumea noastră subiectivă este prima realitate de care ne ciocnim“* și să afirme că „psihologia, care se preocupă de partea subiectivă a activității omului, are *fără îndoială* (sublinierea noastră) drept la existență“. I. P. Pavlov era omul faptelor și — pentru un om al faptelor — nu este neglijabilă nici o disciplină a cunoașterii, fie ea și *pur descriptivă*. Aspectul subiectiv este, într-adevăr, aproape *definitoriu* pentru actul psihic și, de aceea, orice știință despre om (umanistă, antropologică) nu se poate mulțumi cu fiziologia activității nervoase sau cu fiziologia cortexului cerebral, discipline care se mișcă în exclusivitate pe *plan obiectiv. A fi subiectiv*, în înțelesul pe care-l vom folosi, înseamnă nu numai a reflecta realitatea obiectivă prin prisma intereselor sau a reactivității proprii (în acest sens „subiectivul“ înseamnă îmbinarea a ceea ce este obiectiv cu *specificul* divers și individual; înseamnă informație prelucrată specific și apreciată specific). *A fi subiectiv* înseamnă reflectare și apreciere în cîmpul lumii interioare. Particularitatea metodologiei psihologice propriu-zise este *necesitatea* absolută a drumului „prin subiectiv“.

Astfel, viziunea *completă* asupra fenomenului „om“ (în stare normală sau în stare patologică) impune luarea în considerare a dimensiunii sale psihologice. Axioma (implicată și în aprecierea făcută de I. P. Pavlov) după care suferința trebuie alinată are drept corolar *umanitar* pentru practica medicală cercetarea răsunetului subiectiv al bolii și al tratamentului. Este suficient să amintim că descoperirea narcozei, a rahianesteziei, a anestеziei locale au marcat o *cotitură* în drumul multimilenar al chirurgiei. Dar pentru medic, ca și pentru psiholog, sînt importante și răspunsurile la alte două probleme, privind *eficacitatea* obiectivă a vieții psihice și *nece-*

---

* I. P. Pavlov, *Experiența a douăzeci de ani în studiul activității nervoase superioare a animalelor*, Editura Academiei, București, 1953, p. 343, I. P. Pavlov vorbește în altă parte despre „calvarul conștiinței“.

sitatea de a ține seama de înlănțuirea fenomenelor psihice pentru a explica anumite procese, evenimente sau stări de fapt — care privesc organismul sănătos sau bolnav (și nu numai comportarea sa, în sens restrîns).

Astăzi, obișnuim să examinăm aceste probleme sub specie *evolutionis* și să considerăm eficacitatea adaptativă a vieții psihice pe plan ecologic. Admitem, așadar, că psihicul este o formă de manifestare a materiei vii superior organizate. Admitem că psihicul se dezvoltă inițial în raport cu nevoile biologice. Apariția psihicului în lumea vie poate fi considerată ca apariția *unui nou tip de reacții* ale organismului la *mediul său de viață* și ca apariția *unui nou tip de interacțiuni* între organisme. Psihicul realizează reglări și adaptări după principii noi, reînnoiește „tactica biologică" a adaptării la mediu. O asemenea linie nouă de adaptare biologică culminează cu transformarea de către om, cu ajutorul uneltelor, în funcție de scopuri și tendințe, a mediului abiotic și biotic.

Eficacitatea vieții psihice în adaptare privește latura de *comportament* a animalului superior. *Eficiența* vieții psihice este însă multiplicată continuu *în* și *prin* activitatea socială. În evoluția psihicului găsim trepte spre și pînă la reflectarea conceptuală *în idei* („idealul"). În societatea umană, psihicul se dezvoltă, în continuare, în raport și cu nevoile de producție (nevoi materiale) și de adaptare la viața socială. Dezvoltarea psihicului generează, la un moment dat, nevoi autonome : *nevoile* de ordin psihologic — cum sînt nevoile culturale. Totodată, nevoile biologice și economice dobîndesc o „impregnare" spirituală : omul creează o *„lume"* nouă, în raport cu care își apreciază starea și comportamentul și care este lumea „valorilor".

Eficacitatea și eficiența psihicului

O primă concluzie care deosebește concepția materialist-dialectică de concepțiile materialist-vulgare (mecaniciste) este, așadar, admiterea *eficacității* vieții psihice în lumea reală — și a *originalității* sale (ca fenomen). Originalitatea înseamnă, între altele, specific calitativ, ireductibilitate *logică* și *conceptuală*. Pentru a „înțelege" viața psihică sau viața manifestînd interacțiuni psihice, avem nevoie de un plus de concepte peste cele ale fiziologiei nervoase. Pentru că noi înșine „avem" viață psihică, putem obține o *„înțelegere" directă, raportîndu-ne la trăirile noastre intime*. Această modalitate înseamnă surprinderea unor relații „inteligibile" în sens psihologic (scop, intenție, motiv, tendință, sens etc.).

„Înțeleg" că un om căruia i s-a dat un ajutor a manifestat recunoștință ; că un om înfuriat a lovit pe un altul etc. K. Jaspers a vorbit despre *verständliche Zusammenhänge*, termen pe care francezii l-au tradus prin „intelectiv", „comprehensibil". Se poate vorbi despre „un determinism intrapsihic" în care faptele, evenimentele etc. apar ordonate după categorii proprii psihologiei. Această ordonare diferă de cea a „relațiilor cauzale", așa cum o face curent neurofiziologul în explicarea actului reflex (deși *presupune* determinismul).

Trebuie să observăm că *explicarea cauzală* (în sens fiziologic și fizic) a actelor psihice sau de comportament cît de cît complexe, ne scapă astăzi și ne apare, oricum, ca fiind extrem de complicată. Psihologul, atîta

timp cît se mişcă între limitele unei vieţi psihice normale, poate înţelege satisfăcător determinismul acestei vieţi psihice (şi poate interveni în desfăşurarea ei) cu ajutorul unei gîndiri *autonome*, care nu face apel la neuro-fiziologie. Această gîndire nu este însă *suficientă* atunci cînd trebuie explicată, de pildă, o influenţă *evolutivă* din partea infrastructurii fiziologice (de exemplu, apariţia *motivaţiei sexuale* a comportamentului, la pubertate, sub influenţa hormonilor sexuali) sau atunci cînd structura psihică este alterată (de exemplu, în confuzia mintală şi în unele psihoze, manifestările bolnavului nu sînt „interpretabile" prin determinism intrapsihic ; ele se cer explicate, în primul rînd cauzal, pornind de la baza anatomofiziologică şi chiar de la baza metabolică a activităţii cerebrale).

Există, aşadar, nevoia *practică* de a aborda viaţa psihică şi cu ajutorul mijloacelor, metodelor şi conceptelor sale specifice ; dar, pentru medic există şi nevoia *practică* de a încerca să descifreze relaţiile dintre „suprastructura" psihică şi „infrastructura" fiziologică, pentru a putea interveni *de jos în sus.**

Eficacitatea obiectivă a vieţii psihice se manifestă prin mijlocirea *organelor* corporale, de ex. prin mijlocirea organelor de mişcare. Există deci o influenţă psihosomatică *în sens restrîns*, de observaţie curentă *(mens agitat molem)*. Cît de „largă" este această influenţă ? Desigur, o activitate motorie „comandată" nu s-ar putea efectua dacă nu ar fi influenţate, concomitent, şi viscerele de deservire a acesteia (inimă, vase, ficat, plămîni etc.). Pe de altă parte, *emoţiile* au o corelaţie fiziologică neuroendocrină ; prin mijlocirea hormonilor, viaţa afectivă are un răsunet global, omnitisular. *Expresia* emoţiilor cuprinde cu predilecţie anumite sectoare somatice (de ex. faciesul).

Caracterologii „văd" exprimarea temperamentului şi caracterului în detaliile activităţii motrice. Psihosomaticienii (în sensul larg al acestui cuvînt) susţin strînsa corespondenţă şi influenţarea reciprocă a „laturilor" (aspectelor ?) somatic (fizic) şi psihic ale persoanei umane. Eficacitatea *somatică* a psihoterapiei poate fi înţeleasă ca o intervenţie *de sus în jos.*

În perspectivă dialectică, *autonomia* vieţii psihice înseamnează totodată dependenţă şi independenţă relativă. *Dependenţa* vieţii psihice trebuie judecată simultan în raport cu *viaţa fiziologică* şi cu *viaţa socială.*

a) Fiziologia este pe cale de a descifra *mecanisme cerebrale* de mare importanţă pentru viaţa psihică. Stăpînirea lor constituie un mijloc de a o putea influenţa (psihofarmacologie, psihochirurgie). Dar dezvoltarea psihoterapiei pune la îndemînă, în acelaşi timp, mijloace de comunicaţie *specific umane* de influenţare a vieţii psihologice şi — pînă la un punct — a vieţii fiziologice**.

b) Există un grad de *autonomie* a vieţii psihice în raport cu infrastructura fiziologică. Pe baza acesteia influenţele sociale pot domina determinantele biologice. Pe de altă parte însă, rădăcinile temperamentale

---

* Tot astfel, chimistul are nevoie de cunoştinţe despre structura şi „funcţionarea" atomului.

** Medicamentul sau intervenţia chirurgicală sînt tot mijloace specific umane (tehnice, artificiale), dar ele acţionează prin „mecanisme" *diabiotice* (comune omului şi animalelor) şi nu prin „mecanisme" *dianoetice.*

ale metalității fac ca, în cadrul *dependenței* față de factorii istorico-sociali și economico-sociali, să existe o mulțime de atitudini individuale, nestandardizate.

c) Patologicul înseamnă o intervenție accidentală și incidentală în „mecanismele“ infrastructurale fiziologice și în interacțiunea om-societate. Restrîngînd gradele de libertate a vieții (K. Marx), boala va accentua *dependența* psihicului față de factorii care o condiționează. Acest fapt are implicații în medicina legală (scăderea responsabilității etc.). Totodată, slăbind eficiența unor instanțe de control și autocontrol, aspecte *autentice* ale personalității (de exemplu, cele temperamentale) pînă atunci mascate (sau dominate de „caracter“) pot ieși la iveală. Situația de boală constituie, astfel, o cale de cunoaștere a intimității fenomenului personal-uman (idiografic) și a celui general-uman (generic).

Se poate vorbi de o *perspectivă biologică* asupra vieții psihice, care nu trebuie confundată cu perspectiva *biologizantă* și nici cu *perspectiva fiziologistă*.

Din perspectivă biologică se argumentează „eficacitatea“ vieții psihice, luînd în considerare, de pildă, funcția biologică a gîndirii sau a vieții afective (în adaptare, în perpetuarea speciei etc.). Ea este, după cum s-a văzut, o perspectivă ecologică și evoluționistă. *Semnificația* pentru fenomenul „viață“ a psihicului este o problemă de biologie generală, în timp ce *mecanismele* nervoase ale vieții psihice sînt o problemă de fiziologie. Înțelegerea justă a doctrinei lui I. P. Pavlov duce la etichetarea ei ca o perspectivă *biologică* proiectată asupra activității nervoase superioare. Interesat (ca fiziolog) de mecanismele cerebrale (pe care le imagina pe linie carteziană, reflexologică) el n-a pierdut din vedere (ca bun darwinist) însemnătatea lor adaptivă și evoluționistă, sensul lor biologic. O perspectivă *biologică* asupra vieții psihice se găsește și în behaviorism — o altă direcție de constituire a unei „psihologii fără psihic“, a unei științe obiective a comportamentului. Pentru behaviorism, importantă este stabilirea legilor care leagă stimulii obiectivi de reacții obiective ale animalelor ; mecanismele neurologice subiacente nu intră în cadrul acestor preocupări. Însfîrșit, s-a constituit, ca știință de observație, experimentare și interpretare a comportamentului natural, mai ales înnăscut sau ereditar, *etologia* (K. Lorenz, Tinbergen ș.a.).

O perspectivă *biologizantă* ar însemna considerarea vieții psihice *umane* ca un instrument exclusiv al vieții biologice (instincte de alimentare, de reproducere etc.). Ori, în cadrul societății, viața psihică a dobîndit noi funcții (culturale, „spirituale“ etc.), care sînt în general preponderente. (Noi semnificații a dobîndit și viața corporală : organele, funcțiile de alimentare, reproducere, relație etc.).

Perspectiva *biologică* poate fi opusă, pînă la un punct, perspectivei *fiziologiste*. Ea restabilește — pe plan conceptual — unitatea dintre *somatic* și *psihic*, care constituie o problemă greu de descifrat atunci cînd examinăm psihicul și soma *umană*, ca termeni finali ai unei diferențieri ontogenetice și filogenetice. În schimb, pentru genetician și pentru embriolog, care cercetează transmiterea ereditară a însușirilor fizice și de comportament, ca și dezvoltarea lor pornind de la celula-ou, această unitate este un postulat. Ecologul (sau etologul) știe, de asemenea, cît se poate de bine

că un animal dotat cu cele mai perfecționate organe nu poate trăi dacă natura nu-i dă și reacțiile comportamentale prin care să le folosească în mod adecvat.

Perspectiva biologică este necesară, dar nu suficientă pentru psihologia medicinii. Nu putem înțelege omul numai prin dinamica ereditară a organelor sale; omul este *mai mult* decît un organism. S-ar putea spune că boala aduce și o „regresiune antropologică" a persoanei *spre* starea de organism. Într-adevăr, analiza pur cauzală a bolii găsește în ea numai o „anomalie de material", un *defect*. În *perspectivă biologică*, boala este „viață în condiții modificate". Dar este vorba de un *om* bolnav, și atunci a fi bolnav înseamnă o existență umană modificată — viața trăită, în forma *insuficientă*. Boala limitează libertatea omului de a-și urma țelurile; la organismul bolnav domină lupta *biologică* pentru restabilirea stării de sănătate, finalitatea intrinsecă. Prognosticul devine infaust atunci cînd autoreglarea eșuează, cînd finalitatea este *redusă* la cauzalitate. Prin boală, *persoana* umană se sărăcește deseori, ea devine un simplu *individ* biologic; prin moarte, omul devine un simplu obiect (lucru).

Un oarecare paralelism cu situația descrisă există și în regresiunea morbidă a vieții psihice; psihismul relațiilor *intelective* se reduce, apar relații „absurde", care sînt însă susceptibile de a primi interpretări finaliste (apărare a *ego*-ului etc.) și — în cele din urmă — apar numai explicații cauzale (neurofiziologice).

Perspectiva biochimică în psihologie

Există și un *punct de vedere biochimic* în psihologia și în psihiatria contemporană. Orientările actuale sînt legate în principal de următoarele probleme (care sugerează un model, „umoralist" al creierului);

1. Influența (de netăgăduit) a secrețiilor endocrine asupra vieții psihice — subînțelegîndu-se prin aceasta mai ales răsunetul psihic al influenței *directe* hormonale asupra substratului nervos. În această privință, C. I. Parhon are lucrări de pionierat, publicate în primul deceniu al secolului al XX-lea. Menționăm nevrozele obținute de I. P. Pavlov prin castrare. Actualmente se vorbește despre „endocrinopsihiatrie" (M. Bleurer) și despre „psihosindromul endocrin".

2. Existența a numeroase „erori înnăscute de metabolism", care evoluează sub forma unor afectări metabolice și histologice cerebrale, repercutîndu-se asupra dezvoltării mentale.

3. Cercetarea substratului chimic al memoriei, substrat căutat în ribonucleoproteinele neuronale (Hydén) sau în fosfolipide (Macovschi); pentru acesta din urmă, materia vie — substrat al gîndirii abstracte — este o materie vie specializată, „noesică".

4. Viața psihică poate fi influențată în mod variat de către substanțe chimice, toxice sau medicamentoase. Vechile probleme ale stupefiantelor, alcoolismului, tabagismului, uzului și abuzului de cafea au fost reactualizate în urma succeselor obținute de psihofarmacologie. Medicația psihotropă, tranchilizantă, psiholitică etc. a deschis noi perspective, nu numai terapeuticii, ci și fiziopatologiei și psihopatologiei. Menționăm că o gamă variată de simptome psihice se găsește consemnată în „patogenezia" remediilor homeopatice.

5. Unele acțiuni toxice pot produce simptome psihice sau pot reproduce sindrome majore *psihiatrice*. Intoxicarea bulbocapninică a animalelor duce la o stare similară catatoniei (Baruk și De Jong), fapt care a fost interpretat ca „actul inaugural al psihiatriei experimentale la animale". Corelațiile psihologice și psihopatologice ale bolilor infecțioase sau ale bolilor organelor interne ne apar astfel în altă lumină. Dar, așa cum vom mai arăta, trebuie să ne ferim de a interpreta manifestările psihice din cursul unor boli ca fiind efecte *directe* (de tipul celor manifestate de *obiecte)* ale unor cauze unice și simple ; întotdeauna, între cauză și efect se interpune *persoana* — și deseori simptomele sînt expresia unei *riposte* (și nu o *reacție* nemijlocită).

6. Creierul este privit din ce în ce mai mult ca un ansamblu de microsisteme hormonale, ca un complex endocrin. Este deajuns să amintim despre intermediarii chimici ai excitației (și inhibiției) nervoase : printre primii, sînt bine cunoscuți noradrenalina, acetilcolina, serotonina. Pe de altă parte, se cunosc neuroni secretori de polipeptide cu acțiuni hormonale în sensul clasic al cuvîntului : așa-numiții hormoni neurohipofizari (oxitocina, vasopresina), stimulinele hipofizei. În sfîrșit, menționăm descoperirea encefalinelor, inclusiv a endorfinelor, „morfine" endogene, polipeptidice. În perspectiva actuală, unii hormoni polipeptidici hipofizari sînt priviți ca „materie primă" pentru lanțuri mai scurte cu acțiune neurotropă (cerebrotropă).

7. Din metabolizarea anormală (?) sau din alterări chimice ale moleculelor de substanțe metabolice uzuale ale creierului ori din ergonele citate, pot lua naștere produși psihotropi (de exemplu halucinogenele).

Perspectiva cibernetică în psihologie

În ultimii treizeci de ani, în neurologie, în psihologie și în psihiatrie și-au făcut loc punctele de vedere *cibernetic* și *informațional*. Pentru cibernetician (N. Wiener), funcționarea organismului, ca și a sistemului nervos central, poate fi studiată abstract cu ajutorul teoriei automatelor (bineînțeles, conceptul abstract de *automat* are altă semnificație decît cea din vorbirea curentă).

Creierul este conceput ca un sistem complex capabil de a emite și de a primi (codifica, traduce, decodifica) informații, de a prelucra după anumite legi informații *intrate*, de a le stoca memorial, de a produce automat *„ieșiri"*, care reprezintă anumite *funcții* logice, probabiliste, matematice etc. față de informația intrată. Teoria matematică a comunicației (Cl. Shannon) ne dă posibilitatea a aprecia cantitativ fluxul de informație (unitatea cea mai răspîndită pentru măsurarea „cantității de informație" fiind *bit*-ul).

Este de menționat faptul că cibernetica permite nu numai analizarea (și modelarea) unor funcții cognitive (intelectuale) ale omului, ci și modelarea vieții afective (C. Bălăceanu, Edm. Nicolau ș.a.). Considerații cibernetice sînt apte de a aduce lumină asupra patogeniei nevrozelor și a psihozelor, pornind de la conceptul de *instabilitate* a sistemelor și de la analiza condițiilor în care un sistem cibernetic prezintă *oscilațiuni*.

Noţiunea de automat (în sens cibernetic) merită unele comentarii. Creierul este privit ca un automat *ierarhizat*. Ierarhizarea aceasta este înţeleasă în sens jacksonian (H. Jackson a arătat că viaţa neuropsihică este structurată etajat, instanţele superioare controlînd — prin inhibiţie — instanţele inferioare ; astfel, la lezarea unui nivel, apar simptome de deficit — dar şi simptome de *liberare* a nivelelor subiacente). Automatul este considerat a fi un automat *finit*, dar cu posibilităţi practic infinite de reacţie (acest număr *imens* de posibilităţi este legat de numărul imens de asocieri, conectări, interacţiuni între miliardele de neuroni ai creierului). Funcţionarea automatului ascultă de principii în parte riguros deterministe şi în parte probabiliste. O schemă insuficient analizată este aceea a automatului „trans-finit", capabil oricînd să se depăşească (virtual) (de exemplu, putem lua atitudine faţă de propria noastră atitudine etc.).

Atitudinea psihologilor faţă de concepţia automatistă este din ce în ce mai puţin rezervată. Este uşor de văzut că *automatismele* sînt fundamental activităţii neurologice şi psihologice. Importantă este şi distincţia între suportul substanţial şi energetic — maşina, unealta *(hard ware)*, între programul de funcţionare (*soft*-ul) şi „modelul" funcţionării *(fine ware)*. Programul este traducerea, într-un „limbaj" accesibil maşinii, a şirului de comenzi (algoritm).

Interpretările cibernetice au evidenţiat utilitatea (operaţională) de a deosebi, printre aspectele sistemelor, cele *substanţiale* („substanţă" în sensul dat de chimişti acestui termen), de cele *energetice* (în sensul dat de fizicieni acestui termen), de cele *informaţionale*, legate de organizare (specifică). Ceasornicul clasic este un automat cinematic ; locomotiva este o maşină energetică ; ordinatorul electric este o maşină informaţională programabilă. Aceleaşi interpretări au popularizat distincţia terminologică „tehnică" între sisteme *analogice* (cu variaţii continui) şi sisteme cu funcţionare discretă. Conexiunile sinaptice sînt de tip mixt. Operaţiile logicomatematice presupun un model „solidist" al creierului.

Automatul cerebral este un automat cu programarea complexă şi *autoadaptiv* (capabil de a-şi modifica programele pe baza experienţei acumulate). Cuvîntul este mai mult decît un „excitant fiziologic real" (I. P. Pavlov) ; el poate actualiza programe şi poate influenţa decizii. Scopul psihoterapiei, al susţinerii şi autosusţinerii morale este : 1) de a evita degradarea prin *simplificare* şi prin inerţie a automatismelor superioare ; 2) de a le menţine (sau restabili) virtualitatea unei opţiuni (sau decizii) subtile, în care ponderea cea mai mare să revină factorilor cu caracter de „valoare înaltă".

În „ştiinţele informaţiei" se operează nu numai cu cantitatea de informaţie (măsurată prin mijlocirea abolirii unor incertitudini), concept statistic, ci şi cu alte mărimi statistic-probabiliste (entropie, redundanţă) şi cu alte *dimensiuni* ale informaţiei (semantică, sintactică, pragmatică) (F. Klix). Mai mult, *legătura de tip informaţional* este privită ca un tip de conexiune între sisteme organizate şi interacordate (cum ar fi un post de radioemisie şi un aparat de radiorecepţie), conceptul de informaţie este „dezantropomorfizat" (nu se indentifică cu cel de „ştire"), cazul comunicaţiei şi al cunoaşterii umane este privit ca un caz specializat pe linia evoluţiei vieţii biologice şi psihice etc. Această direcţie a fost urmată în

medicina românească de către A. Restian (*Patologie informațională*, 1967 ; *Homo ciberneticus*, 1980) și de către. V. Enătescu (1982).

O altă direcție care se autointitulează tot *informațională* se dezinteresează de ontologia *generală* a sistemelor, pornește de la înțelesurile umane ale „informației“, și de la triada „eu-tu-el“ (Ed. Pamfil, St. Stoessel, D. Ogodescu).

Valorificări necesare

Elaborarea unei *psihologii* comprehensive a medicinii impune asimilarea critică și valorificarea a tot ceea ce este pozitiv din materialul faptic și teoretic cules cu cele mai variate ocazii (de la materialul științific pînă la cel literar) și interpretat altădată de pe cele mai variate poziții. În cele ce urmează, vom expune cîteva din principiile care ne-au călăuzit în această valorificare critică.

Un postulat de bază este acela după care *orice* fenomen psihic poate fi influențat prin mijlocirea creierului, cu mijloacele neadecvate, mai grosolane (producătoare de leziuni macroscopice) sau mai fine (de exemplu farmacologice) sau cu mijloace adecvate de tip informațional (cuvîntul, de pildă). Deși acordăm mare importanță influențelor „de jos în sus“, de la metabolism la funcție și de la structură cerebrală la manifestare psihică (așadar influențelor *somatopsihice*), o bună parte dintre considerațiile noastre se vor referi la *psihogenie* și la *sociogenie*. Răsunetul somatic al condițiilor economico-sociale este mediat, în parte, de către psihic, iar răsunetul psihic al bolilor somatice este influențat de către ambianța culturală*.

Recunoaștem utilitatea (limitată, desigur) a unor analogii și *modele*, cum ar fi modelul „stratificat“ (oarecum geologic) al persoanei umane (care deosebește inconștient și conștient etc.), modelul „edificiului“ persoanei umane (oarecum arhitectural, deosebind etaje și trepte), modelul cibernetic etc. Orice modelare este o simplificare și o aproximare.

Vom vorbi (conștienți de nerigurozitățile exprimării) despre interacțiunea psihofizică sau psihosomatică, deși ea sugerează o viziune dualistă (care nu este viziunea noastră — declarat și consecvent monistă)**.

Sîntem conștienți de primejdia tentativelor de a forța suprapuneri de termeni și noțiuni din sectoare diferite, dar corespondente. (De exemplu, ni se pare inexact să admitem echivalența între „cortical“, „psihic“, „reflex-condiționat“, sau între „subconștient“ și „diencefalic“).

Ni s-a părut necesar să operăm cu concepte, „explicații“, interpretări — *nu numai cauzale*. Caracterul „inteligibil“ *(„verständlich“)* al relațiilor intrapsihice sau psiho-comportamentale, caracterul finalist (motivat) al actelor de comportament, rolul esențial pe care-l joacă *simbolismul* în cadrul vieții psihice — nu pot fi trecute cu vederea. Lăsînd pe seama filozofiei și psihologiei precizarea semnificațiilor acestor concepte și analize,

* Importanța datelor de antropologie culturală pentru psihiatrie a fost cercetată, la noi, de către N. Cotreanțu.

** În esență, această interacțiune poate fi privită ca o interacțiune de la parte la întreg sau de la o parte (cu însemne subiective) la altă parte.

subliniem valoarea deosebită pe care o are interpretarea omenească, „hermeneutica" actelor și atitudinilor *(Deutung)* pentru *psihologia utilă medicinii.* Dar — așa cum am mai menționat — explicarea cauzală *(Erklärung)* ne este necesară pentru dominarea și profilaxia unor fenomene psihopatologice.

Științele (inclusiv psihopatologia ! — K. Jaspers) sînt științe ale *generalului* (așa cum a stabilit sau a decretat Aristotel). Medicina practică însă se ocupă de singular, de individual. Medicina științifică nu numai că nu poate ignora particularitățile individuale ale bolnavului dar furnizează argumente în favoarea *importanței reale* a diferențelor individuale și cele mai prețioase date pentru edificarea unei științe *despre individ* („idiografică"). Aspectele strict individuale au uneori un interes considerabil în psihologia medicală. Biografia *personală* este o cale necesară pentru înțelegerea prezentului. Biografia personală — pentru un medico-psiholog — nu se reduce însă la succesiunea antecedentelor fiziologice și patologice. S-a vorbit (Delay) despre „fișa biopatografică" și despre „fișa psihosomatică".

Psihologia care ne este necesară pentru scopurile curente ale medicinii nu este (cum spuneam) psihologia funcțiilor psihice considerate impersonal, ci o *psihologie a persoanei.*

De la ideea utilității psihologiei pentru diagnostic se poate ajunge la prejudecata după care scopul cercetărilor de *psihologie utilă medicinii* trebuie să fie diagnosticul. Esențialul este însă analiza, înțelegerea, explicația, susținerea tratamentului — și trebuie să veghem ca diagnosticul să nu devină un obstacol în calea înțelegerii. La baza investigațiilor de psihologie medicală, de psihologie a medicinii și de psihopatologie trebuie să stea dorința de a *cunoaște* viața psihică reală, concretă, pornind de la conduită, de la expresia limbajului etc. și nu de a pune etichete în spirit utilitarist îngust.

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (II)

Obiect și persoană

Pentru situarea clară a problematicii persoanei, o însemnătate deosebită au avut-o lucrările filozofice și psihologice ale lui W. Stern (dintre 1924—1926), autor care „a ajuns la filozofie prin psihologie, revenind la psihologie din filozofie“ (N. Mărgineanu). Psihologia sa „personalistă“ pornește de la distincția (și chiar de la opoziția) dintre *obiect* (lucru) și *persoană*. Persoana este, la rîndul ei, caracterizată plecînd de la premize biologice. Această fundamentare biologică a viziunii „personaliste“ este foarte interesantă pentru medicină. Ea l-a influențat pe Th. Brugsh, promotor al unei variante valoroase a „medicinii persoanei“ și coautor al unui vast tratat de *biologie a persoanei*.

Viața e unitate în multiplicitate ; spre deosebire însă de unitatea obiectelor, unitatea vieții nu este derivată din părți. Actele vieții au o «finalitate», un caracter teleonomic (acest termen a înlocuit, recent, cuvîntul „teleologic“), în timp ce manifestările obiectelor se înțeleg mecanic prin simple explicații cauzale. Corespunzător, actele psihice au și ele un caracter teleonomic, dar ele presupun o dispoziție : dispoziția de *conservare* și cea de *dezvoltare* a persoanei. Memoria nu trebuie privită numai ca o aptitudine de înmagazinare a reprezentărilor, ci mai ales ca o aptitudine de conservare a experienței trecute, cu scopul de a servi experiența nouă. Acest proces — ca și alte acte psihice — sînt numai parțial psihice, ele fiind în mare măsură și fiziologice : psihicul și fiziologicul sînt, de fapt, două aspecte organic contopite. Viața este întotdeauna viața unui individ, manifestarea unui *eu* care „trăiește fenomene, execută acte și posedă dispoziții“, manifestarea unei *persoane* luată ca unitate psihofiziologică. Persoana umană este — după W. Stern : a) existență (unitate în multiplicitate) ; b) activitate (cauzalitate imanentă), care apare în forma unei finalități ; c) specificitate (individualitate, originalitate).

Scopul „lucrurilor“ este dat (impus) din afară, atribuit de persoana umană (care le întrebuințează, le construiește etc.) (heterotelie) ; persoana are un scop în ea însăși (este autotelică). Totuși, persoana nu urmărește numai scopuri proprii, privitoare adică la propria existență, ci și scopuri

suprapersonale (în legătură cu semenii săi) şi *abstracte* (idealuri). Persoana devine astfel un *sistem de scopuri*.

Persoana ca realitate este *activă* în raport cu mediul ambiant. În ce priveşte reacţiunile la excitaţiile de mediu, între cauză şi efect se interpune persoana (ca unitate „autotelică"), ceea ce face imposibilă echivalenţa de forţă dintre cauză şi efect. Ponderea importantă în producerea reacţiunii o are persoana (recte tendinţele sale vitale) şi nu mediul. În afară de reacţiuni, persoana manifestă şi acte „spontane" (consecutive unei excitaţii interioare — acte *autocinetice*, după Vendryès). Orice manifestare a persoanei lasă urme — nu neapărat în mediu, dar în persoana însăşi : există excitaţii *mnemice* (de memorie) şi există *plasticitate*.

Psihologia personalistă priveşte conştiinţa ca pe un produs al unui „conflict" dintre persoană şi lume. Subiectul şi obiectul se oglindesc în conştiinţă întrucît oglindirea aceasta este premiza aplanării acestui conflict. Oglindirea este egocentrică şi tinde să fie de folos persoanei. Ea este, de obicei, *obiectivă*, în măsura în care obiectivitatea este utilă ; de multe ori ea este puternic *subiectivă* tocmai pentru că numai în acest fel poate fi aplanat conflictul respectiv. De modul în care „imaginaţia poate pansa rănile făcute de realitate" (W. Stekel) s-a ocupat psihanaliza. Reflectarea subiectivă deformatoare caracterizează *autismul*.

Inconştientul în structura persoanei

Concepţiile moderne privind persoana umană sînt profund influenţate de către *psihologia inconştientului*. De fapt, problema vieţii inconştiente este o problemă modernă (am zice, contemporană). Secolul al XIX-lea a fost încă dominat de către o psihologie simplistă, asociaţionistă, a ideilor clare şi distincte. Au trebuit decenii de propagare a noilor concepţii pentru ca sensul cuvîntului „inconştient" să înceteze de a mai fi un sens peiorativ, să se înţeleagă că faptele sufleteşti inconştiente nu sînt numai apanajul structurilor patologice (cum ar fi disocierea personalităţii sau somnambulismul).

În psihologia ştiinţifică, inconştientul este legat de mai multe categorii de fapte : obişnuinţă şi automatisme psihologice, viaţă afectivă, funcţionarea organelor propriului corp (inconştientul funcţional), procese de tipul imaginaţiei creatoare sau al inspiraţiei (inconştient dinamic).

Nu vom intra în expunerea teoriilor despre „natura" inconştientului ; menţionăm numai că în inconştient s-a văzut — cu un temei discutabil — izvorul de energie al vieţii mentale, „acumulatorul" elementelor sufleteşti (care asigură, prin aceasta, indentitatea eului şi unitatea conştiinţei), viaţa tendinţelor instinctive animalice, tendinţele motrice, „universalitatea" ce cuprinde întreaga natură (Ed. v. Hartmann) sau numai ancestralitatea umană (Freud, C. G. Jung).

O importanţă heuristică deosebită pentru problemele *psihologice* utile medicinii o au concepţiile lui Pierre Janet şi ale lui S. Freud, dezvoltate timp de decenii, aproximativ în aceeaşi perioadă de timp (în primele decenii ale secolului nostru).

P. Janet a încercat să schițeze o viziune evolutivă (filogenetică și istorică în sens restrîns) asupra vieții sufletești. Viața se transformă îmbogățindu-se, dar elementul vechi nu este eliminat, ci integrat și subordonat. Inconștientul funcțional și cel afectiv sînt „efecte ale experienței ancestrale", în timp ce automatismele sînt în primul rînd efecte ale experienței individuale. Conștiința este expresia tendinței de progres a vieții sufletești, rolul ei fiind adaptarea la noutate și la contrast. Inconștientul este expresia tendințelor conservatoare, menite să repete acțiunile utile, ușoare, standardizate. Automatismele sînt „oarbe" și, de aceea, inconștientul are un caracter inactual și adesea dezadaptat, pentru care motiv este și reprimat. Specificul activității inconștiente ar fi impulsivitatea. Conștientul este o funcție *recentă* și, de aceea, este mai fragil. Oboseala, alcoolul, unele boli etc. deprimă tensiunea psihică și face să scadă activitățile ei unificatoare. Pentru P. Janet, conștiința este o sinteză activă a elementelor psihice într-o individualitate, iar „tensiunea" este ceea ce asigură eficiența forței psihice.

Slăbirea activității unificatoare duce la *emanciparea* unora dintre elementele psihice, de asemenea la insuficiența funcțiilor critice și a celor care presupun acțiuni noi (începutul și sfîrșitul unei acțiuni etc.). *Căderea aceasta de nivel* explică — după Janet — nevrozele și unele psihoze : de exemplu, isteria alterează toate achizițiile superioare (ulterioare) „fazei pitiatice" (apărînd — sau apărînd din nou — sugestibilitatea atît de caracteristică).

Pentru S. Freud și pentru psihanaliză, conștiința exercită o severă *cenzură* asupra tendințelor fundamentale ale individului. Aceste *pulsiuni* de bază sînt instinctuale ; în primele lucrări ale acestuia, accentul a fost pus pe tendința la plăcere, la gratificație, identificată cu *libido sexualis* pînă la viziunea unui *„pansexualism"*. Sexualitatea, la început *difuză*, nu trebuie confundată cu *genitalitatea*, care este localizată anatomic ; genitalitatea ar fi numai faza matură a *libido*-ului. Ulterior, Freud a speculat asupra a două pulsiuni fundamentale : instinctul vieții *(libido)* și instinctul morții*.

Instanțele conștientului pot exercita o inhibiție (reprimare, refulare) asupra tendințelor bazale. Ceea ce nu ajunge în conștient este „oprit" în preconștient sau în inconștientul propriu-zis. Pe scurt, „aparatul mintal" poate fi sistematizat în modul următor (Freud, 1923) : de o parte se găsesc forțele instinctuale înnăscute *(Id, Es, le ça, Sinele)*, iar de altă parte (și în opoziție cu ele), o instanță care încorporează atitudinile sociale determinate de parametrii culturali *(super-ego, le sur-moi, supraeul)*. Între ele se situează *ego-ul (Ich, le moi,* — altceva decît „eul" psihologiei clasice), produs al dezvoltării *ontogenetice*, care are rolul de a realiza comportamentul adecvat coordonînd tendințele instinctuale în raport cu posibilitățile lor de satisfacere. Primele ascultă de un principiu de plăcere și de durere, cerînd gratificație imediată (frustrarea generează tensiuni). *Ego*-ul ascultă de *principiul realității* : el caută și găsește posibilitățile de satisfacere cu riscuri cît mai puține și fără urmări grave. *Ego*-ul are o

* Pentru A. Adler (1908) ș.a. tendințele fundamentale sînt cele relative la „instinctul eului" *(Ichtrieb)*, de afirmare și de realizare. Pentru C. G. Jung, *libido* este pur și simplu energia vitală.

funcție homeostatică și o funcție de compromis. Comportarea „rațională“, coordonată, include un oarecare conflict între *ego-* și *id* (o astfel de viziune a vieții psihice, nu numai ca o desfășurare ci și ca un conflict de forțe, justifică termenul de *psihologia dinamică*). Conflictul *primejdios* este sesizat ca anxietate. Față de perturbațiile cu originea în inconștient și față de conflictele primejdioase, *ego*-ul elaborează procese de apărare (descrise mai ales de Anna Freud) — dintre care cele mai însemnate sînt următoarele :

1. *Represia* (refularea, reprimarea), care este excluderea din conștiință a tendinței ce nu poate fi armonizată cu exigențele durabile ale vieții sociale sau cu standardele morale. Menținerea „sub presiune“ a unor tendințe puternice consumă însă energie psihică (sau nervoasă).

2. *Sublimarea,* care constă în dirijarea energiei pe canalul unei tendințe apropiate (înrudite, similare, analoge sau *simbolic* apropiate), cu aspect socialmente util (de exemplu, energia instinctuală sexuală poate „alimenta“ puterea de creație — de unde „funcția“ socialmente utilă a ascezei).

3. *Proiecția,* care constă în a atribui altora tendința noastră pe care nu *o* mărturisim și nu *ne-o* mărturisim (de exemplu, în locul tendințelor agresive apare impresia că sîntem persecutați ; în locul intențiilor erotice neconvenabile apare credința insistențelor sau aluziilor erotice din partea celui vizat). Proiecția joacă un rol important în cortejul de simptome psihice *reactive* la starea de boală.

4. *Supracompensarea,* adică substituirea afectului printr-unul opus — de exemplu, substituirea urii prin dragoste. Mecanismul are la bază *ambivalența afectivă* (fiecare afect este însoțit de o umbră a celui opus), principiu care (după psihanaliză) este general și perfect normal.

5. *Conversiunea,* adică „transformarea“ într-un simptom morbid, care poate fi descifrat (ca și în cazul sublimărilor) dacă îi căutăm semnificația simbolică. Paralizia (isterică) a unui braț poate fi o „autopedepsire“ pentru o intenție neacceptată de conștiință. Ceea ce atestă caracterul „psihic“ al acestor simptome este faptul că ele nu sînt în acord cu semiologia *neurofiziologică* (teritoriile afectate nu corespund ariei de distribuție a unui nerv etc.).

6. *Substituția* (de act, tendință) și

7. *Deplasarea* (tendinței) spre altă persoană.

Pentru Freud, *libido* este un instinct al eului, țintind la conservarea individului, dar și un instinct al sexului. Cel dintîi obiect al „dragostei“ fiind propria persoană, s-a vorbit despre un *libido*-autocentrat, *narcisistic,* care cu greu ar putea fi deosebit de instinctul de autoconservare. Unii autori deosebesc trei orientări ale pulsiunii sexuale, *întotdeauna* prezente : autosexualitatea, heterosexualitatea (orientarea spre sexul opus) și homosexualitatea (orientarea spre persoane de același sex). *Libido*-ul cu investiție „erotică“ este o forță unitivă și ar corespunde anabolismului. În realitate, narcisismul pare a fi mult mai mult decît instinct de conservare și decît autosexualitate ; „dragostea de sine“ are relații cu egoismul (așezarea propriilor interese mai presus de interesele altora), cu egotismul (situarea propriei persoane în centrul atenției proprii) și cu egocentrismul (raportarea tuturor evenimentelor la propria persoană), dar nu se con-

fundă cu ele*. Sexualitatea nu se reduce la genitalitate, erotica (în care există o investiție psihică pentru *specificitatea persoanei*) nu se reduce la sexualitate, după cum dragostea (care poate fi orientată și spre altceva decît spre o persoană, incluzînd atunci altruism) nu se reduce la erotică.

Copilăria este dominată de insecuritate ; copilul este dependent ; el primește ; de aceea — susțin psihanaliștii — este narcisistic și egocentric.

Adultul își poate purta singur de grijă ; dezvoltarea sa a atins limitele impuse de individualitate ; de aici renunțarea la egocentrism și tendința la propagare, procreare, creație ; *altruismul* poate fi considerat ca semn al maturității emoționale. Situațiile dificile riscă să aducă, odată cu sentimentul de insecuritate, și o regresiune emoțională, eventual spre infantilism și spre egocentrism**. O situație dificilă este tocmai boala.

Modele ale persoanei umane

Concepția asupra persoanei umane ca fiind alcătuită din inconștient, subconștient și conștient este esența teoriei „metapsihologice" a lui S. Freud. O argumentație peste care nu se poate trece ușor pledează în favoarea ideii după care „volumul" inconștientului depășește cu mult „volumul" conștientului. Inconștientul dinamizează conștientul ; *id*-ul „poartă" *ego*-ul („ca un cal pe un călăreț", spune Freud) ; uneori inconștientul *deformează* viața conștientă, îi restrînge libertatea (prin mijlocirea „complexelor"). Inconștientul *pătrunde* în viața conștientă sau semiconștientă, de exemplu în vis. El poate „bruia" viața conștientă — ca în lapsusuri semnificative (Freud a scris despre *psihopatologia vieții cotidiene*) ; poate *irupe* sub formă morbidă, în viața conștientă, dînd nevroze. Cum „cauzele" profunde (abisale) ale actelor noastre se găsesc „sub" stratul conștiinței, avem impresia de liber-arbitru (sau chiar de arbitrar) în stratul conștiinței. Caracteristică pentru viziunea freudiană a inconștientului este existența unui „determinism intrapsihic". Factorul de ordonare este *ego*-ul care reprezintă o instanță ce poate fi dezechilibrată atît prin cauze psihice (traume afective), cît și prin epuizarea nervoasă sau prin atingeri somatogene (de ex. boli infecțioase).

C. G. Jung (un „dizident" al lui Freud) vorbește despre un elan vital, care se poate îndrepta spre *eu* (introversiune) sau înspre realitatea exterioară (extraversiune). Dezechilibrul între aceste două *curente* poate provoca nevroza (pe de o parte — psihastenia sau/și schizofrenia ; pe de altă parte — isteria). Dar C. G. Jung ține seama nu numai de tendințele individuale, ci și de *inconștientul colectiv și ancestral* (supraconștient). Acest inconștient ar fi cel care se manifestă în simboluri universale și în

---

* Se poate adăuga și *egofilia*, „simpatia" pentru sine. Predominența *propriilor interese* este — repetăm — altceva decît așezarea în propria persoană, a principiului centru de interes intelectual (sau afectiv). Unii bolnavi sînt obligați (de dureri în propriul corp, de exemplu) să-și îndrepte mereu atenția către ei înșiși, fără a avea nici un fel de simpatie pentru persoana lor bolnavă.

** Regresiunea se poate face și spre „viziunea magică" și mitică a copilăriei, ca și spre starea de fuziune mai strînsă somatopsihică de la acea vîrstă.

arhetipuri — de care este plină mitologia şi despre care ne vorbeşte folclorul.

Mai recent, L. Szondi a scris despre *inconştientul familial.*



În medicină (în medicina „omului total", în *medicina antropologică*) ne sînt necesare, simultan, cel puţin *trei* perspective asupra omului (care pot fi considerate şi ca trei „straturi" sau ca trei etape evolutive) : *homo reagens, homo naturalis* şi *homo spiritualis* (K. Jaspers).

a) imaginea lui *homo reagens* ţine de lumea senzorial-spaţială. Omul este un animal reactiv. El poate fi studiat cu metode experimental-neurofiziologice, cu metoda reflexelor condiţionate, şi cu alte metode (etologice şi fiziopsihologice) ;

b) imaginea lui *homo naturalis* ţine de lumea cultural-sufletească ; în această lume este loc pentru subiectivitate ; abordarea se poate face psihologic-intelectiv. Acest „om" poate fi studiat, de exemplu, cu metode psihanalitice ;

c) imaginea lui *homo spiritualis* ţine de lumea „valorilor" şi a aspiraţiilor. Specificul uman este căutat dincolo de viaţa organică şi de manifestările sale aparente, în „existenţa" autentică *(ex-sistenţă)* sau chiar în legăturile sale cu transcendenţa.



Recent (1978), Tiberiu şi Cristian Vlad au propus, pentru uzul mai ales al psihiatriei, o „stratificare" a persoanei care ia în considerare :

a) un nivel neuropsihic elementar ;

b) un nivel energetico-pulsional ;

c) un nivel de elaborare conştientă.

Acestea sînt „niveluri de activitate prezente în orice reacţie comportamentală". Pentru înţelegerea comportamentului uman, acest concept tridimensional se înscrie cu succes alături de cel triontic al lui Ed. Pamfil şi D. Ogodescu (eu-tu-el), de cel după care omul este o „fiinţă bio-psiho-socială" (P. Brînzei) şi de cel relevat de cibernetică : „substanţă, energie, informaţie". În timp ce conceptul propus de P. Brînzei abordează psihicul pe calea interrelaţiilor extrinseci, interdisciplinare, ecuaţia tridimensională folosită de T. şi Cr. Vlad se referă la „calea relaţiilor intrinseci" ; modelul Pamfil-Ojodescu subliniază aspectul comunicaţional iar triada „substanţă-energie-informaţie" are o aplicaţie metodologică mai largă biologică. Preluînd această triadă, V. Enătescu (1982) a deosebit, 9 niveluri informaţionale ale psihicului (vom reveni).

H. Binder a propus (1964) un *concept sintetic* despre persoana umană, pe care-l transcriem şi noi.

„Stratificarea" *persoanei psihice* este privită (în evoluţie ontogenetică) după cum urmează (după un model de „scară") :

1. *Treapta vital-psihică* (sau psihovitală) este dominată de instincte (pulsiuni) de îndestulare a vieţii *ca atare,* de apărare a vieţii, de contact simbiotic cu alte *vieţuitoare* (nu cu alte *persoane*) ; la începutul ontogenezei „viaţa" este în cea mai mare măsură preindividuală (neindividuală).

2. *Treapta pulsională (instinctivă) individuală* „organizează" un „eu instinctiv", care urmărește conservarea și homeostazia condițiilor vitale. Tendințele sînt legate de apetit, de plăcere, de durere ; ele se manifestă în acte de alimentare, apărare, atac etc. Procesele psihice au un caracter mai mult pasiv (*patic* : „mi se întîmplă").

Treptele 1—2 alcătuiesc persoana *biologică sau naturală.*

3. *Treapta spirituală* apare clar la copil, începînd din anul al 3-lea al vieții. „Spiritualul", în accepția lui H. Binder, nu este „limitat la conștient, nici opus sufletescului" (ca în concepția lui L. Klages). Spiritualul este caracterizat prin contrastul cu pulsionalul, fiind și ireductibil la acesta. „Spiritualul" individual comunică larg cu *culturalul* pe plan social. Pulsiunea caută încheierea (lichidarea) unei stări de tensiuni și este orientată spre individ sau spre obiectul exterior utilizabil. În schimb, „spiritualitatea" este orientată spre supraindividual și spre lume, spre o lume apreciată pentru valoarea ei intrinsecă (și nu pentru valoarea ei utilitară) ; pentru „spiritualitate" este caracteristică o căutare infinită și *dăruirea* de sine.

În terminologia lui Binder, păturile 2+3 ale eului pot fi reunite într-o *zonă orectică ;* împreună cu pătura vital-preindividuală (deci 1+2+3), alcătuiesc păturile *endotime.*

4. Începînd din anul al 4-lea, se adaugă o suprastructură *conștientă* (respectiv discursivă). O putem caracteriza prin despicarea lumii în obiect-subiect, prin reflexiune, prin capacitate de distanțare a eului față de „eul actual", prin spontaneitate și inițiativă, prin gîndire analitică. De obicei, această pătură se pune „în slujba" spiritualității (în înțelesul precizat anterior).

Terminologia lui Binder este numai în parte originală, iar stratificarea propusă este și ea în parte inspirată din alte „modele" psihice. Persoană *profundă* și persoană *corticală* — spunea Fr. Kraus ; *endotim* și *noetic* — spunea Ph. Lersch ; *paleo-* și *neopsyché-* spunea Kleist (pentru ca, împreună cu Thiele, să vorbească despre *somato-thymopsyché,* și *poiopsyché*).

Pentru Rothacker (1937), pătura adîncă *(Es-Schicht)* cuprinde trei etaje (viața, animalul, emoția) și corespunde lumii de semnale, *Merkwelt*-ului ; gîndirea și conștiința corespund lumii acțiunii, *Wirkwelt*-ului. Se schițează unele corespondențe probabile cu instanțele neurofiziologice, cu zonele cerebrale. Păturile endotime sînt — se pare — expresia activității trunchiului cerebral și a diencefalului, în timp ce pătura „spirituală" are relații cu scoarța bazală a lobilor frontal și temporal, iar pătura discursiv-conștientă, cu scoarța frontală. „Nucleul intim" al Eu-lui psihic ar avea corelații strînse cu planșeul ventriculului al treilea.

Considerațiile precedente se referă la date empirice (facticitate ; „eul" *empiric*, persoana *empirică*). Antropologia filozofică se axează pe mănunchiul de potențialități (facultivitate ; *virtualități*) specific umane și accepția *antropologică* a persoanei este esențială în problematica *atitudinii* față de viață (generatoare de sănătate, boală și moarte) și față de boală.



Dacă vorbim aici despre „spiritualitate", este pentru că noțiunea de „psihic" nu este suficientă pentru a desemna, fără echivoc, unele tendințe

şi aspecte caracteristice ale vieţii sufleteşti. Adoptăm astfel un punct de vedere cel puţin trialist, fără a accepta întrutotul înţelesurile din filozofia germană a ultimelor decenii. N. Hartmann deosebea „păturile“ : material, organic, psihic *(seelisch)* şi spiritual *(geistig)* ; dacă sufletul ar fi „subiectivitate, raportare la mine“, — spiritualul înseamnă orientare spre valori *obiectiv* recunoscute (social ? supraindividual ?), sau obiectivabile. M. Scheler a desemnat prin *spirit,* o instanţă interioară care inhibă, renunţă, refuză, neagă —, iar L. Klages a văzut în spirit gîndirea raţională „tehnicizantă“, o „parte“ din noi care contrazice nu numai viaţa, ci şi sufletul. V. Frankl a legat spiritualul de viaţa axiologică, deci de lumea valorilor sociale, etice, estetice, religioase etc. şi de capacitatea omului de a se putea distanţa de sine însuşi, luînd atitudine faţă de propriile trăiri. Pentru P. Moor, spiritualul se leagă de sens *(Sinn),* iar după Jaspers el se exprimă prin *luare de poziţie* şi prin *aspiraţie.* „Persoana“, la M. Hartmann se caracterizează prin prevedere, proiectare (în viitor), simţ de valorizare şi libertate, iar libertatea este definită — şi la acest gînditor — ca o *capacitate de a lua atitudine.* Sensul în care vom folosi de preferinţă, în lucrarea noastră, termenul de „spiritualitate“ este apropiat de cel pe care-l dau V. Frankl şi H. Binder. După V. Frankl, omul „cu suflet“ rămîne încă un *homunculus,* dacă nu are şi *spirit.* Folosind o analogie geometrică, Frankl ia în consideraţie *planul* „facticităţii psihofizice-organismice“, dar *spaţiul* „existenţei spirituale“ este multidimensional. A ne ridica deasupra acestui plan înseamnă, la drept vorbind, a „ex-sista“ ; căci omul nu este numai *faptic* ; el este — în mare măsură — *facultativ.* Dacă, relativ la planul faptic, putem vorbi despre un *paralelism psihologic,* relativ la existenţa spirituală este necesar să vorbim despre un antagonism *psihonoetic.* Omul are capacitatea de a-şi privi critic lumile sale organică şi psihică, de a se opune chiar tendinţelor sau servituţilor care pornesc din aceste lumi*. „Spaţiul spiritual“ cuprinde libertatea şi spiritualitatea. Cînd judecăm bolnavul *cu adevărat om* (care este *homo humanus*), ceea ce are importanţă nu este numai starea sa de boală, ci şi *atitudinea* faţă de aceasta. Dacă psihologia lui *homo naturans* este o psihologie a adîncurilor (abisală), psihologia lui *homo humanus* sau *homo spiritualis* este o psihologie a altitudinilor (a înălţimilor). Viaţa în spaţiul existenţei spirituale este viaţa sub semnul *sensurilor.*

În medicina generală, antropologia „existenţialului“ tinde să impună noţiunea de *istoricitate* (nu ne interesează numai suma antecedentelor personale, ci şi modul în care experienţa de viaţă a fost prelucrată creator şi a dus, eventual, la metamorfozarea persoanei). Antropologia de această inspiraţie consideră că imaginea curent-ştiinţifică despre om *(homo reagens, homo naturalis)* este incompletă ; limitîndu-se la ceea ce este obiectiv sau obiectivabil, riscăm să vedem, în bolnav, numai un obiect. Ceea ce este *neobiectivabil* poate fi de primă importanţă : aspiraţiile şi idealurile ; luarea de poziţie (a persoanei bolnavului) în „situaţia“ sa (care este cîteodată o situaţie — limită), *unică* şi prin unicitatea persoanei (această luare de poziţie poate însemna *decizie)* ; istoricitatea ; comunicarea cu un

* Lumea „noetică“ este, uneori, lumea lui cu *toate că,* lumea lui ei *şi ?,* lumea paradoxului.

„tu personal"*. S-a delimitat sfera *nevrozelor existențiale* — acelea în care este împiedicată realizarea unor potențialități intime ale nucleului persoanei.

Autenticitatea

Discutînd problemele persoanei la *acest nivel*, se pune — desigur — și problema *autenticității*. În semnificația sa cea mai comună, autenticitatea echivalează cu „a fi tu însuți". Ce sens poate avea acest „fi tu însuți", pe care Goethe îl considera ca un precept moral de bază și pe care Kretschmer îl privea ca pe ideea călăuzitoare a oricărei psihoterapii fine ?

În medicina contemporană, vastul capitol al nevrozelor este adesea privit ca manifestînd o criză a autenticității omenești ; nevrozele ar fi exteriorizări ale neautenticității. În nevroză, absența identității cu sine însuși se manifestă ca boală dar de manieră neautentică pe care o poartă cu sine : dramă a interiorității (St. Bălănescu). Incapabil de a-și făuri o adevărată identitate, în goană după o identitate imaginară, pe care nu o poate dobîndi, nevroticul este în conflict cu sine însuși și cu cei din jur. Semnificația antropologică a nevrozei este (după acest autor) legată de „posibilitatea omului de a se afla într-o situație duplicitară". Este evidentă, aici, *extinderea* asupra întregii lumi a nevrozelor, a unor caracteristici ale isteriei. Încă Charcot numea isteria „marea simulatoare". Simulația, reaua-credință, minciuna, histrionismul, șarlatania se *învecinează*, pe plan conștient sau inconștient, cu isteria. Desigur, nu atacăm aici capitole speciale de neuropsihiatrie — dar *nevrozele* nu se repercută numai *direct* asupra funcționării organelor, ci influențează orice interacțiune medic-pacient, ca și atitudinea bolnavului față de propria boală. Este primul motiv pentru care problema ne reține atenția.

Al doilea motiv ține de semnificația general antropologică a isteriei. Comportamentul nostru este prescris, în cea mai mare parte, de programe sociale. „Enculturația" este o însușire (o învățare) de programe. Tot atît de bine s-ar putea spune că „jucăm" niște „roluri". După Guilford, persoana este actor (ansamblu de însușiri), mască (aparență), rol și performanță.

Se pune deci întrebarea în ce măsură bolnavul este „liber să fie autentic". Unii psihiatri vorbesc și azi despre „boli ale trupului care stînjenesc sufletul". Iar V. Frankl consideră (ceea ce e discutabil) că partea „spirituală" a persoanei rămîne nealterată *chiar în psihoze*. În orice caz este necesar întotdeauna să explorăm *gradul de libertate* rămas în bolnav.

Persoana ca sistem deschis

Punctul de vedere *pozitivist* vede în persoană o ființă *reactivă*, mai mult decît una activă (de unde utilizarea a numeroși termeni cu prefixul *re-* : reflex, reacție, retenție, răspuns). Acest punct de vedere este influen-

---

* Pentru E. Minkowski, punctul de vedere antropologic este, în esență, cel care pune accentul pe comunicarea interpersonală (psihologie „la persoana a 2-a").

ţat de fizicalism sau naturalism ; viziunea este fragmentară, în fond „impersonală". Pentru psihanalişti, omul este un reactor cvasimecanic dominat de trei forţe tiranice : *id, mediu, super ego*. Dar omul este şi intenţie (de unde necesitatea termenilor cu prefixul *pro-* : program, promisiune, proacţiune, proiect). Punctul de vedere *personalist* (W. Stern, E. Brightman, A. Bertocci, M. B. Arnold, C. Murphy) pune pe primul plan noţiunile de funcţie, adaptare, uz. Accentul se pune mai puţin pe „a fi" decît pe „a deveni". Perspectiva este motivaţională. În afară de adaptare, omul urmăreşte şi *auto-actualizarea* (Goldstein). El nu este o creatură riguros homeostatică, ci şi un om mînat de „dezechilibre" şi de nelinişti creatoare. *Perspectiva biologică* este, de fapt, aceea care vede în persoană structuri adaptative de diferite niveluri, *mediul* ambiant fiind o sursă de gratificare, dar şi de primejdii. Însă omul poate „comite" şi poate risca în numele unui ideal. În perspectivă, omul „se află în lume" ca o fiinţă neliniştită, eventual alienată, în criză — în raport cu datele fundamentale ale morţii, sensului şi culpabilităţii (Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Sartre, Berdiaev, Marcel, Binswanger, Tillich). În filozofia existenţialistă, se poate vorbi despre „curajul de a fi", despre *alegere*, despre *responsabilitatea* implicată chiar în decizia de a actualiza unele sau altele dintre potenţialităţi (Frankl). Nu *exprimarea de sine* (sau *self*-actualizarea) devine suprema caracteristică umană, ci *depăşirea de sine* (*self*-transcedenţa) în numele unui ideal. Omul este stăpînit de „dorinţa de sens" poate în mai mare măsură decît de „dorinţa de putere" (despre care scria Nietzsche). Lupta pentru existenţă, pentru adaptare, pentru afirmare — se subordonează acestui principiu. Omul este *liber* — sau, mai bine zis, parcurge (în procesul său de dezvoltare) în mod ascendent *trepte* de libertate. *Orice terapie adecvată tinde să-i crească libertatea de decizie.* Este interesant de menţionat că în psihologia indiană se definesc patru stadii evolutive coincizînd pînă la un punct cu etape ale vieţii : ele sînt dominate de dorinţa de plăcere, de cea de succes, de tendinţa la îndoială şi libertate, în sfîrşit de dorinţa de „înţelegere", de „prindere" a sensurilor.

După Allport, personalitatea nu este numai structură, ci şi lipsă de structură ; este funcţionare, dar şi malfuncţionare — manifestă grade diferite de ordine şi dezordine. Însă, *în orice caz*, este un complex de elemente în interacţiune mutuală — ceea ce defineşte un sistem.

Ca *sistem deschis*, personalitatea are :

1. Intrări (*input*-uri) şi ieşiri (*output*-uri). Acesta este aspectul subliniat de teoriile fiziologice şi de teoria stimul-răspuns.

2. Stări staţionare *(steady states)* : energia influenţelor externe nu distruge forma şi ordinea internă. Acesta este aspectul subliniat de teoriile care pun accentul pe nevoi. Asemenea teorii scot în evidenţă stabilitatea mai curînd decît „creşterea" (dezvoltarea) ; reducerea nesiguranţei mai curînd decît capacitatea de creaţie ; aspectul *a fi* mai curînd decît aspectul *a deveni*. În aceste stări, abordarea este de tip biologic.

3. O creştere a ordinei în timp, o creştere a complexităţii şi diferenţierii, eventual în ciuda echilibrului. Aspectul este evidenţiat de teoriile dinamice, care au în obiectiv auto-actualizarea (K. Goldstein, Maslow), autonomia funcţională şi evoluţia motivelor (Allport), primatul comporta-

mentului (Woodworth). Scopul activității s-ar afla — nu în *scăderea* tensiunilor, ci în *recentrarea* lor.

4. O interacțiune întinsă cu mediul, de tip „tranzacțional“ (așadar, există sisteme inter- și suprapersonale).

Psihologia persoanei trebuie să fie totodată *nomotetică* (folosind elemente și explicații cauzale, legi cuprinzătoare sau universale — ca în științele naturii) și *idiografică* (folosind concepte și metode ale științelor mental-culturale, aplicabile faptelor individuale — în special „înțelegerea“ și cercetarea structurii)*. Individualitatea sistemului *persoană* nu este un „reziduu“ ireductibil de legi generale ; persoana există ca unic sistem „idiomatic“ și care este o structură legică *în* și *pentru* sine. S. Rosenzweig (1951) a propus termenul de *idiodinamică* pentru dinamică proprie unui individ. În timp ce psihologia generală cunoaște norme universale, iar științele socio-culturale folosesc norme de grup, psihologia persoanei ține seama de normele personale (idiosincratice) (Kluckhohn). *Psihologia „clinică“*, ce are de-a face cu indivizi (cu fiecare în parte), are desigur o poziție idiografică — ca și medicina persoanei de altfel.

Dar această problemă merită o dezvoltare aparte.



O realitate asupra căreia este necesar să insistăm este următoarea : în multe cazuri, reacția „personalității“ *domină* mecanismele fiziologice elementare, influența directă (nemijlocită) putînd fi anulată de o reacție indirectă, mijlocită, de sens contrar. În *Psihologia individuală,* Alfred Adler a analizat, pornind de la experiența sa de oftalmolog consultant, situația de *supracompensare* a defectelor fizice prin tensiune psihologică sau prin exercițiu (fundamentat pe dorința de a învinge complexele de inferioritate). Astfel, bolnavii cu mici defecte ale aparatului vizual pot vedea mai bine decît oamenii normali ; Demostene a devenit un mare orator *pentru că* a fost bîlbîit. Unele cercetări de psihofiziologia muncii duc la concluzii similare. Astfel, în cercetări privind randamentul muncii în echipă la diferite grade de iluminare a atelierului, s-au constatat rezultate surprinzătoare : randamentul putea crește (în loc să scadă) slăbind iluminarea pînă în zone nefiziologice, deoarece muncitorii se simțeau studiați, „li se dădea importanță“.

Individualitate și individualizare

Un postulat al psihologiei medicale (sau al medicinii psihologice) este importanța *individualității și a individualizării.* Dictonul „nu există boli, ci bolnavi“ ar trebui formulat, mai corect, în modul următor : nu există boli în afara bolnavilor (cu particularitățile lor individuale) care suferă purtîndu-le ; hotărîtoare pentru succesul terapeutic este, uneori, combaterea bolii, alteori modificarea particularităților (reactive) individuale. Din punctul de vedere al psihologiei medicale, aceste particularități reactive nu sînt numai *somatice (organismice),* ci sînt și *ale persoanei.*

* Termenii au fost folosiți de W. Windelband (1904).

Cum se constituie acest specific individual? Desigur — ca în orice problemă biologică — avem de luat în considerare factori ereditari („genetici") și factori de mediu ambiant (environmentali). Ca în orice problemă antropologică, prin mediu trebuie să înțelegem mediul fizic, mediul *biotic* (alcătuit din animalele, plantele, bacteriile, virusurile cu care interacționăm) și mediul cultural-social. Fiecare dintre factorii de mediu are o influență dinamică și dinamizatoare, în funcție de receptivitatea individului, de „labilitatea" perioadei de dezvoltare, de evoluție sau de involuție în care se găsește. În etiologia *unor* cazuri de nevroză joacă un rol mult mai important traumele copilăriei decît cele ale vîrstei adulte. Factorii de mediu intervin, de cele mai multe ori, prin mijlocirea unei *experiențe* de viață. Se poate spune, în general, că importanța relativă a factorilor experiențiali (față de cei înnăscuți, congenitali, ereditari) în determinarea unei reacții somatice sau de comportament este cu atît mai mare cu cît animalul este situat pe o treaptă mai evoluată a filogenezei. La om, factorul experiențial este esențial în formarea personalității*. Avînd „sfere încrucișate" cu factorul ereditar și cu factorii de mediu, *factorul boală* constituie — în multe cazuri — unul dintre determinanții însemnați ai personalității.

În legătură cu această problemă, vom spune cîteva cuvinte despre vechea noțiune a *terenului individual.*

Terenul individual

Noțiunea de „teren" are o însemnătate atît de mare în medicină încît C. I. Parhon a preconizat (1948) constituirea unei *științe a terenului (edafologia)* ca bază a patologiei generale. În cursul vremurilor, cuvîntul „teren" a avut cel puțin cinci accepții principale :

1. *O accepție vagă, metaforică:* prin calitatea sa, „terenul" pe care cad semințele permite unora dintre ele să încolțească („teren propice"), iar altora nu (teren „sterp"). Bineînțeles că ceea ce poate crește pe un teren poate fi și o buruiană, nu numai o plantă utilă sau o floare.

2. *O accepție legată de aspectul etiologic.* Bolile endogene sînt expresia unui „teren morbid". În bolile contagioase (microbiene, parazitare, virotice), „terenul" este considerat ca o cauză ajutătoare (Pasteur îl interpretase, inițial, ca pe un teren *pasiv ;* aproape ca pe un mediu favorabil de cultură microbiană). Ulterior, studiind imunitatea dobîndită, terenului i s-au atribuit mai ales calități *active,* adică *reactive,* mai precis — de *ripostă.* Unele boli alergice sau idiosincrazii la medicamente sînt manifestări ale unui „teren" deosebit, aberant.

3. *O accepție legată de aspectul patogenic.* De la un individ la altul există diferențe în ce privește calitatea și eficacitatea mecanismelor de apărare ale organismului (și rezistența organelor, țesuturilor și sistemelor funcționale) la acțiunea agenților patogeni. Ușurința cu care o excitație morbidă, sau chiar o leziune morbidă, se propagă în organism depinde de

---

* *Reflexele condiționate* și *imunitatea dobîndită* sînt două mecanisme de „individualizare" prin factori experiențiali.

ereditate, de antecedentele fiziologice şi patologice etc. Elementele de „teren“ cu caracter de permanenţă şi alcătuind structura întregului se numesc *constituţionale*.

4. *O accepţie legată de fizionomia bolii (aspectul patoplastic)*. La persoane (organisme) diferite, manifestările clinice ale unui proces patologic (simptome, semne, evoluţie, complicaţii etc.) nu sînt identice. Este de menţionat faptul că termenul de patoplastie a fost propus (Birnbaum) în sfera psihopatologiei.

5. *O accepţie legată de prognostic*. În sensul acesta larg, problematica „terenului“ se confundă cu problematica reactivităţii biologice şi psihologice ; ea se ocupă în bună parte cu problematica relaţiilor „cauză-efect“. În această problematică avem de luat în considerare cel puţin trei aspecte fundamentale :

A. *Aspectul cantitativ*. Stimuli (sau noxe) de aceeaşi intensitate pot provoca efecte de intensităţi diferite, după teren (şi invers) : există o „împrăştiere statistică“ a efectelor individuale.

B. *Aspectul calitativ*. Răspunsurile sînt „specifice“ în două situaţii extreme :

a) cînd sînt reflectorii pentru natura şi pentru intensitatea cauzei (*alospecificitate* sau *exospecificitate*). De exemplu, putem recunoaşte o boală (şi agentul ei patogen) pe baza simptomatologiei ;

b) cînd exprimă numai particularităţile „terenului“ : răspunsuri monotone, standard, stereotipate — conforme cu structura şi cu funcţionalitatea sistemului viu (*idiospecificitate* sau *endospecificitate*). Percepţia este alospecifică, în timp ce iluzia (şi, mai ales, halucinaţia) sînt idiospecifice. Anafilaxia are o simptomatologie idiospecifică, în timp ce anticorpii sînt alospecifici.

C. *Aspectul temporal* : efectul poate urma imediat cauzei sau poate fi prelungit în timp ; în alte cazuri, reacţiile pot fi amînate sau chiar suspendate.

Idiospecificitatea poate îmbrăca aspectele extreme ale reacţiei „tot sau nimic“ şi ale reacţiei paradoxale.

După cum se ştie, unul dintre factorii de „individualizare“ este însăşi experienţa de viaţă a individului. Reflexele condiţionate, de pildă, stabilesc o nouă legătură (dar o legătură temporară) între un agent exterior (care, pînă la un moment dat, putea să fie indiferent) şi un efect (care poate fi un efect visceral, sau unul psihologic) ; această legătură este explicabilă prin *istoria* individului. Faptul că — în multe cazuri — condiţiile cele mai importante de desfăşurare a procesului sînt cele care ţin de „teren“, nu este însă suficient meditat. Tratamentul — în aceste cazuri — nu poate fi numai *etiotrop*, ci — în primul rînd — *personotrop*.

Personalitatea în perspectivă sistemică

Ultimul deceniu a fost unul de mare popularitate a viziunii *sistemice*. Pornită de la consideraţii de termodinamică biologică (L. v. Bertalanffy), teoria generală a sistemelor (sau a „sistemelor generale“) a fuzionat repede cu cibernetica. Abordarea sistemică este „abstractă“ — avînd taxonomia (sau tipologia sa) proprie : sistem închis/deschis, continuu/discret,

substanţial/energetic/informaţional etc. Din punct de vedere al *sistematicii* biologice, omul este un vertebrat, mamifer, primat etc. Din punct de vedere *sistemic* (al unei „antropologii abstracte"), omul este un sistem integral, heterogen, anizotrop, geometric, deschis, substanţial, compartimentat, energetic, cu autoreglare, cu retroacţiuni, informaţional, cibernetic, reactiv, ierarhizat, oscilator, neliniar, automat, dinamic, evolutiv, antieutropic. Fiecare dintre aceste 20 de caracterizări, *explicitată*, are, la rîndul ei, „implicaţii explicative". Ele definesc omul pe latură antropologică, dar cele mai multe dintre ele caracterizează şi psihicul uman : omul este un sistem *autoizomorf*. Accentul se va pune pe caracteristicile informaţionale : lumea semnalelor se prelungeşte în lumea semnelor şi a simbolurilor *(omul cu sistem semiotic)*. Comportamentul reactiv se prelungeşte într-un *joc strategic*. Apar dimensiunile *semantice*. „Circuitul de reacţie" al conştiinţei este premisa unei autoreflectări şi autocontrolări de ranguri tot mai înalte ; în acest sens, omul este un sistem cu *autodepăşiri* virtual repetabile *(sistem transfinit)*.

Se poate insista asupra a trei note omeneşti : 1) *antientropia* (sistemul se *organizează* psihofizic şi *organizează* ambianţa, cheltuind energie ; în felul acesta generează — ca orice sistem viu — insule de ordine şi de neentropie într-un flux de entropie crescîndă) ; 2) caracterul său *antialeator* (care compensează întîmplările şi perturbaţiile prin jocuri strategice care consumă puţină energie dar folosesc multă informaţie) ; 3) *autocinetismul* (Maliţa). Omul antientropic ţine de dotarea sa cu voinţă ; cel antialeator este omul inteligent ; cel autocinetic este omul cu iniţiativă, autoconducere, autoperfecţionare.

Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii (I)

Terminologie

În teoria medicinii (ca și în alte ramuri teoretice ale științelor), terminologia nu este unitară, iar sensul folosirii diferiților termeni variază după autor. Pentru a evita unele confuzii și a ușura recepționarea textului care urmează, credem nimerit să precizăm care este înțelesul pe care-l vom da cîtorva noțiuni de circulație în medicină.

Nu ne vom opri mai mult asupra cuvintelor „sănătate“ și „boală“, care vor face obiectul unor discuții ulterioare. În schimb, vom aminti cuvintele care se referă la trecerea de la starea de sănătate la cea de boală, și invers.

„Boală“ *(morbus)* nu este un concept univoc. K. Rothschuh propune să numim *pathos*, „boala“ în sensul în care o privește patologia (știința despre procese și leziuni morbide), adică deviația *obiectivabilă* de la normă. Pentru „boala“ luată în sens clinic, termenul de largă circulație este cel de *nosos*. În sens „personalist“, incluzînd deci și aspectul subiectiv al bolnavului (dar și atitudinea sa față de propria stare), boala se poate numi *aegritudo*. Hipocrate observă că „la tot ceea ce supără, i se spune boală“ ; Rothschuh leagă noțiunea de boală de *nevoia de a primi ajutor*. Din punctul de vedere al bolnavului, această nevoie are o întemeiere mai ales subiectivă ; ajutorul medical nu este justificat la orice apel al pacientului. *Pacientul* este cel care suferă *(patiens)*.

„Sănătatea“ este privită, de către patolog, ca o stare de integritate ; de către clinician, ca o lipsă de simptome ; de către bolnav, ca o stare de *bien-être (valetudo)*. Sănătatea — a scris P. Valéry — este starea în care funcțiile necesare se îndeplinesc „insensibil sau cu plăcere“. Intrarea și ieșirea din starea de boală poate fi privită, din aceste trei puncte de vedere, sub forma a trei serii stadiale :

1. *integritas* — predispoziție — *pathos* — reorganizare ;
2. lipsă de simptome — prodrome — *nosos* — *sanatio* ;
3. *valetudo* — indispoziție — *aegritudo* — reconvalescență.

Capacitatea de a ne îmbolnăvi este *patibilitatea*. Cauzele bolii înseamnă *etiologia* sau *patokineza*. *Patogeneza* se referă la difuziunea intra-

organismică a procesului perturbat sau perturbant (ea reprezintă o sumă de procese cauzale, dintre care unele au funcții regulative). *Patoplastia* se referă la particularitățile individuale de manifestare a bolii. Procesele organismice care se opun bolii sînt procese *anti-patice*. Dacă sînt eficiente, ele duc la vindecare, la *higiogeneză* (sănătatea se mai numește și *stare higidă).*

Sanogeneză este un termen care vizează întărirea, „augmentarea" sănătății. *Profilaxia* vizează evitarea îmbolnăvirii sau a desfășurării grave a bolii sau a complicațiilor unei stări morbide.

Cînd spunem că factorii psihici ai pacientului (și ai medicului) „intervin" în dinamica sănătății și a bolii, ne gîndim, firește, la altceva decît la reflectarea pasivă a bolii în conștiință (reflectarea se referă la „seria patreia" stadială de mai sus). Ne gîndim la intervenția în sanogeneză, patokineză, patogeneză, patoplastie, higiogeneză. Și ne gîndim, de asemenea, la mai mult decît la luarea unor măsuri de igienă, profilactice — și la mai mult decît la greșeli de comportament generatoare de îmbolnăviri sau de agravări.

Ce însemnează „factor" ? Acest cuvînt îl vom folosi într-un sens empiric, pragmatic. „Factor" va fi, de exemplu, o emoție unică puternică — în particular, emoția negativă *(trauma psihică)* — dar și conflictul de durată, conștient *(drama),* sau complexul inconștient sau pasiunea *(Riese)* — și chiar „sentimentele intelectuale" ; ca și atitudinea bolnavului față de boală.

O medicină care ține seama de factorii psihici, ține seama, implicit, de factorii sociali, culturali, axiologici (inclusiv morali) etc. *Psihicul uman* are o semnificație și o funcționalitate mult mai complexă decît psihicul animal. După accentul care s-a pus pe unul sau altul dintre aspectele vieții psihice umane, aceste orientări ale medicinii s-au intitulat fie „medicină psihosomatică", fie „medicină antropologică", fie „sociofiziologie" sau „sociosomatică".

Stabilirea corelațiilor semnificative între factorii psihici și cei patologici este *o primă etapă* a cercetării. O altă etapă este aceea în care se cercetează *mecanismele* de la baza acestor corelații. Cercetarea mecanismelor *infrastructurale* ale vieții psihice este de resortul fiziologiei, în special de resortul neurofiziologiei și al neuroendocrinologiei. Pe această linie se înscriu cercetările exprimate cel mai pregnant de către curentul *medicinii corticoviscerale.*

Viața afectivă

Interesul psihologiei pentru viața afectivă este mereu în creștere, de la sfîrșitul secolului al XIX-lea, ca reacție la psihologia intelectualistă, ca ecou al viziunii romantice despre om, ca expresie a influențelor exercitate de sistemele filozofice ale lui Schopenhauer, Nietzsche, Ed. Hartmann, dar și ca rezultat al preocupărilor neurologice și psihiatrice ale timpului (privind isteria, psihozele endogene). O etapă de cea mai mare importanță pentru dezvoltarea „psihopatologiei afective" o marchează psihanaliza lui S. Freud.

Pentru scopurile lucrării de față ne interesează în primul rînd semnificația *biologică* și semnificația pentru individ a emoțiilor și, în al doilea rînd, mecanismele *fiziologice* ale emoțiilor. Această cunoaștere ne-ar da posibilitatea de a înțelege rolul și intervenția lor în dinamica sănătății și a bolii, de a stăpîni și a folosi viața afectivă în cadrul activității profilactice și terapeutice etc. Subtilitățile psihologice ale problemelor pot fi găsite în tratatele și monografiile de specialitate.

După K. Lewin, stările afective apar ca expresii ale unor forțe de echilibru într-un „cîmp psihic". M. Scheler a accentuat asupra ideii că ele posedă *înțeles timetic* — legat de interesele biologice ale organismului. Sentimentele sînt subiective nu pentru că sînt expresii ale eului, ci pentru că sînt inerente *intereselor organismului*. Și P. Janet vedea în afecte factori interni de *reglare ai conduitei;* dar important este să se realizeze valoarea adecvată, adaptativă a acestei reglări. Ideea foarte răspîndită în școala psihologică franceză, după care emoția este mai ales dezadaptare, o dezorganizare (deoarece poate pune persoana în stare de inadecvare, de ex. „tracul") este insuficient gîndită : nu ține seama de intensitatea emoției, nu ține seama de faptul că unele dezorganizări sînt utile în calitatea lor de pregătire a restructurărilor în vederea unei noi etape adaptative (V. Pavelcu). Mai precis, emoția poate fi caracterizată ca o reacție adaptativă la evenimente din viața *individului* și — pe plan uman — ca o reacție a *persoanei* în raport mai ales cu factori din mediul social, cu referință la *dezvoltarea* armonioasă a persoanei (și nu numai la homeostazie). Interpretarea contemporană a emoțiilor este *holistică* (reacție a *întregii* persoane) și *biosociologică.*

Organismul animalelor superioare are capacitatea unei estimări globale a situațiilor în vederea unor reacții *globale* — și că din această funcție estimativă face parte și viața afectivă (Magda B. Arnold). Viața afectivă exprimă astfel, în mod pregnant, conexiunea dintre funcțiile de cunoaștere și cele de intervenție activă în mediu*. Emoția „precede" sau „generează", „intensifică" un impuls spre acțiune. În cazul unei reacții *amînate* (cum sînt reacțiile caracteristice pentru om, după M. Ralea), emoția determină o preocupare atentă cu situația. Elaborarea informației actuale se face cu ajutorul datelor memoriale, premisă a activității imaginative. Imaginația construiește „modele" interioare ale acțiunilor sau ale evenimentelor posibile, asupra cărora operează instanțele critice. Atitudinea noastră față de ele este, de asemenea, sprijinită pe afect. Mai reacționăm afectiv și la „conținutul conștiinței noastre". Prin cumulare și repetiție, acest *pattern* afectiv poate crea un *pattern* de *reactivitate* afectivă și o modificare de temperament.

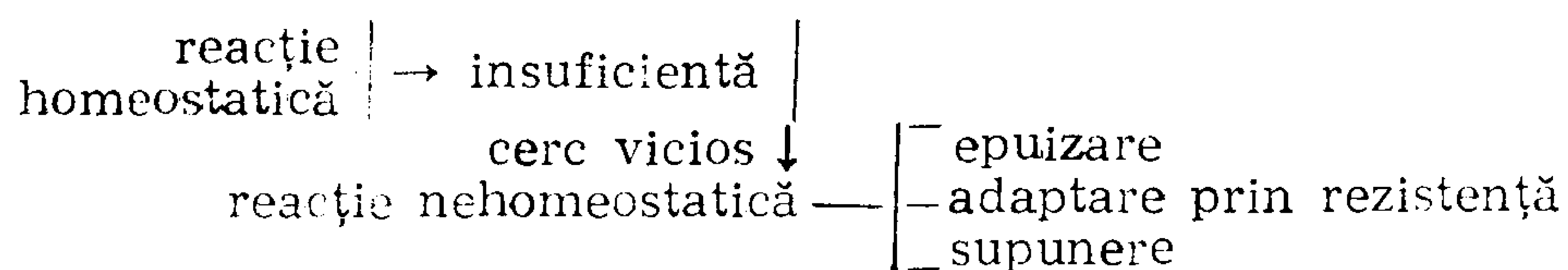
În cele ce urmează vom trece în revistă cîteva probleme importante pentru psihologia medicinii.

1. *Diferențierea între impresiile somestezice și emoțiile de însoțire* (M. Arnold). Primele reacții (și cele elementare) la impresiile somestezice sînt simțămintele specifice de plăcere sau (mai frecvent ?) de durere. Cînd

* „Cunoașterea afectivă" nu este o contradicție în termeni : Pascal vorbea despre *„les raisons du coeur que la raison ne connaît pas"* ; Lipps — despre cunoașterea „empatică", intuitivă *(Einfühlung);* H. Bergson despre intuiția legată de instinct și de emoție.

spunem „plăcut, neplăcut“ (nu : „dureros“) ne referim la reacții afective, la impresii senzitivo-senzoriale de orice natură ; *suferință* înseamnă sesizarea durerii, a izvorului ei și a primejdiei implicate.

2. *Oare orice emoție este adaptativă ?* Există o deosebire între emoția de frică, care ne „îndeamnă“ la fuga de pericol — și între tensiunea anxioasă, în care agitația este semnul tatonării după o soluție în *prezența* primejdiei. Emoția este un simplu semnal de perturbare a echilibrului ; mecanismele puse în joc pot să țintească restabilirea homeostaziei sau alte soluții adaptative nehomeostatice (cum ar fi fuga). Invers, nu orice reacție homeostatică este adaptativă. „Finalitatea“ organismului despre care au vorbit atît de mult teologii, „înțelepciunea“ sa *(the wisdom)* lăudată de W. B. Cannon sînt rezultatul fericit (frecvent întîlnit în starea de sănătate și în condiții normale de mediu) al unor mecanisme oarbe. În situații anormale și în stare patologică, unele mecanisme homeostatice sînt răspunzătoare de amplificarea tulburărilor, de agravarea lor de trecerea lor în fază lezională — prin mecanismele cercului vicios. După cum a arătat M. Ross Ashby, sistemul viu este *ultrastabil :* el își poate schimba „programul“ reacțiilor, dacă acestea nu duc la rezultatul favorabil. Organismul este, de aceea, un sistem de reacții „eșalonate“. Atîta timp cît este păstrată capacitatea de încercare a soluțiilor „de rezervă“, reacțiile organismului își păstrează finalitatea autoconservativă (teleonomia). Schematizarea procesului de adaptare fiziologică sau psihofiziologică pe care o propunem este următoarea :



Am adăugat modalitatea „supunerii“ (Laborit), ca singura eficace (eventual !) atunci cînd există o disproporție între forțele nocive și sistemul viu. I. P. Pavlov vorbea, în cazuri similare, despre „inhibiție de protecție“.

Intensitatea emoției este un factor de care depinde eficiența sa biologică. Emoția puternică este o „emoție-șoc“, care deregleaza comportamentul, îl face incoordonat sau îl inhibă.

Dacă modificările somatice, concomitente emoțiilor moderate au un rol adaptativ pe *plan fiziologic* (pregătind un comportament adecvat), ce finalitate le-am putea găsi în cadrul unor interacțiuni pur psihice ?

Pe plan uman, rolul emoțiilor neplăcute (sau negative) nu se mărginește la sectorul adaptării față de factorii mediului fizic sau biologic. Dinamizarea activității mentale este, aici, mai important decît dinamizarea activității fizice și decît pregătirea somatică pentru agresiune și luptă corp-la-corp. Afectivitatea, la om, nu are numai o funcție biologică, ci și una psihologică și chiar una „spirituală“. Emoțiile „negative“ pot juca, de exemplu, rolul de „gardieni ai *self-ideal*-ului“ (M. Arnold).

3. Mecanismele psihologice specifice umane dau relief și consistență suferinței, dar alte mecanisme, de ripostă, sînt îndreptate împotriva suferinței, ținînd la compensare, la evadare sau la resemnificarea evenimentelor prin schimbarea atitudinii, eventual prin acceptarea compromisurilor. S. Freud a analizat unele consecințe *patogene* ale deficienței

mecanismelor de evadare din suferință — în particular acelea generate de incapacitatea de detașare și de reatașare a libidoului. Tot el (și Ana Freud) au elaborat teoria refulării, a protecțiunii și a altor mecanisme subconștiente de apărare „față de noi înșine". F. Baumgarten a adus contribuții în același sector, ținînd seama de mecanismele conștiente, iar V. Frankl a insistat asupra mecanismelor de nivel suprem : mecanisme spirituale, constînd în „distanțarea" față de eul suferind (de exemplu prin filozofie sau umor) și în căutarea unor sensuri și valori legate chiar de suferință. Există, așadar, o lichidare „orizontală" a suferinței, prin riposte care se petrec pe același plan — și o lichidare „verticală", prin instanțe superioare (de control), ale personalității.

4. Capacitatea de „dedublare" psihologică și spirituală a omului dă ocazie la o dublă orientare a vectorului afectiv : spre alții (adică spre lumea dinafară — *orientare xenotropă)* și spre sine *(orientare autotropă).* Tendințele de agresiune pot fi tendințe heteroagresive (aloplastice) sau tendințe autoagresive (autoplastice). Totodată și „sursa" afectului poate fi exterioară sau interioară. Există anxietăți care sînt generate de situații obiective și altele care sînt generate de refulări. Este ușor de admis că mînia agresivă are o valoare *biologică* mai aproape de adecvare decît autoagresiunea. În schimb, autoblamajul poate avea o însemnată valoare *spirituală.*

Concomitențe endocrine ale stărilor afective

Cercetarea *concomitențelor fiziologice* ale stărilor afective s-a îndreptat sistematic spre sectorul umoral și endocrin.

Încă din 1924, Allport a încercat un paralelism între „antagonismul" simpatic-parasimpatic și bipolaritatea neplăcere-plăcere — fundamentală pentru discriminarea afectivă. După această schemă, emoțiile neplăcute (durere, frică, mînie) s-ar însoți de o excitație a simpaticului, iar cele plăcute — de o excitație a parasimpaticului. Această opoziție poate fi apropiată și de caracterizarea semnificației biologice generale a orientării simpaticotone („ergotropă", după Hess, catabolizantă și furnizînd astfel energie) și a orientării vagotone („trofotropă", anabolizantă — orientare de cruțare și de refacere). Ceea ce generează o emoție plăcută ar favoriza astfel desfășurarea optimală a vieții organismului.

D. Danielopolu a făcut mai demult remarca că antagonismul neurovegetativ este *interstimulent.* Cu alte cuvinte, excitarea simpaticului antrenează o creștere a tonusului parasimpatic (și reciproc), rezultînd astfel o *amfotonie.* Stimularea sistemului antagonist este necesară din considerații de echilibru funcțional. Ea poate fi privită și ca o *ripostă* intraorganismică.

W. B. Cannon a susținut (întemeiat pe experiențe) că reacțiile simpaticotone sînt utile pentru „ieșirea" animalelor din situații amenințătoare, neobișnuite. Activarea simpaticului este favorabilă pregătirii organismului pentru fugă sau pentru luptă. Simpaticul și sistemul endocrin adrenergic ar fi aparate de *emergență,* folosite în împrejurări primejdioase de scurtă durată (reacții de urgență).

După cum se știe, H. Selye a elaborat concepția „sindromului general de adaptare“ : reacțiile organismelor supuse la o mare varietate de noxe brutale *(stress)* au un mare coeficient de nespecificitate (idiospecificitate) ; axa acestor reacții este construită de activarea secreției hipofizare de ACTH, cu hipersecreție consecutivă de hormoni corticosuprarenali.

S. A. Corson a observat, la cîini (1956), că *stress*-ul „psihologic“ (stimuli nociceptivi) poate provoca două tipuri de răspunsuri endocrine. La unele animale, la repetarea *stress*-ului „psihologic“, se obține o eliberare marcată și persistentă de vasopresină (hormon antidiuretic, ADH), împreună cu predominarea factorilor colinergici (ai sistemului trofotropic, după terminologia lui Hess). La altele — eliberarea de vasopresină este absentă sau efemeră : sînt animalele cu predominență simpatoadrenergică. Este ceea ce numim *tipospecificate*.

Cercetările care au studiat *concomitențele* endocrine ale stărilor emoționale nu sînt numeroase. Tentativele de a găsi „formula endocrină specifică“ fiecărei specii de emoție *umană* s-au lovit de dificultăți metodologice și terminologice. Se întîlnește frecvent, în literatură, confuzia între teamă și frică, între anxietate și starea de tensiune, între anxietate și angoasă etc. Nu s-a ținut seama întotdeauna de factorii *intensitate* și *timp*. Este de așteptat ca în stările emotive foarte intense sau în cele care au o durată apreciabilă, să apară *riposte intraorganismice ;* acestea ajung pe primul plan, dominînd scena. O reacție colinergică poate fi mascată prin simptome adrenergice sau invers. Considerînd că emoția este o reacție a organismului la o „situație“, riposta intraorganismică poate fi privită ca o *reacție la reacție*.

În frică, estimarea primejdiei duce la impulsul de a evada sau de a fugi ; pe plan umoral, găsim stimularea hipofizei anterioare și secreția hormonilor corticosuprarenali — de asemenea o activare adrenergică, similară (pînă la un punct) celeia din frig. Stimularea corticosuprarenalelor este o reacție relativ lentă (se petrece în curs de ore) ; este de presupus, de aceea, că „rolul“ ei nu rezidă în facilitarea actului de fugă, ci că este o „ripostă“ necesară restabilirii homeostaziei, după ce primejdia a trecut. Cînd frica devine cronică, impulsul spre fugă nu mai are aceeași putere ; efectul stimulării simpatice devine cumulativ, în timp ce descărcarea de ACTH se reduce (formă de dezechilibru endocrin patogen ?).

După M. Arnold, mînia pare să producă efecte organice asemănătoare celor deslănțuite de căldură. *Flush*-ul mîniei puternice nu se limitează la față. Mucoasa gastrică se înroșește, se tumefiază și devine atît de congestionată, încît se pot produce hemoragii (Wolff, 1950). Mînia (și furia) par să implice, de aceea, o excitație colinergică. Dar aceste emoții sînt însoțite și de o hipersecreție de noradrenalină. Pentru că noradrenalina este un slab excitant al secreției de ACTH, „riposta“ intraorganismică este diferită de cea din cazul fricii.

Excitația adrenergică *secundară* unei stimulări colinergice produce o senzație de frig, ca și excitația adrenergică *primară ;* excitația colinergică provoacă o senzație de căldură. Secvența de „una caldă, una rece“ se poate întîlni și în cazul *stress*-urilor puternice, complexe (Laborit a vorbit despre „reacția oscilantă postagresivă“).

Von Euler (1959, 1964), Silverman şi Cohen (1960) au prezentat date care sugerează o asociere statistică între mînie, agresiune şi descărcare de noradrenalină, pe de o parte, şi anxietate, aprehensiune şi hipersecreţia de adrenalină, pe de altă parte. Mason (1961), lucrînd pe maimuţe, a observat creşteri în nivelul plasmatic al 17-hidroxicorticosteroizilor şi al noradrenalinei într-o mare varietate de situaţii experimentale. Secreţia de adrenalină a părut să fie mai „selectivă", fiind legată de elementele de *nesiguranţă* din situaţia experimentală.

Concomitenţe nervoase ale stărilor afective

După teoria lui W. Cannon (1930), pentru a *avea* experienţa emoţiei este necesar talamusul ; pentru a *exprima* emoţia este necesar hipotalamusul posterior şi structurile vecine ale trunchiului cerebral. Cannon admite că emoţia este un fenomen de eliberare, de dezinhibare a talamusului. Decorticarea (neocortexului) suprimă însă şi posibilitatea de a avea unele emoţii ; funcţionarea scurtcircuitată a structurilor duce la pseudostări afective exagerate ca expresie. Lashley (1938) a făcut observaţia că leziunile talamice duc la modificări în intensitatea şi în calitatea *senzaţiilor* (ex. durere), nu la modificări afective. În emoţie, talamusul ar fi mai curînd *excitat*.

Papez (1937, 1939) a văzut în diferiţi *centri* corticali numai *staţiuni* într-un lanţ dinamic complex de releuri. Fluxul impulsurilor senzoriale de la periferie urmează trei căi principale de la talamus la cortex : una serveşte percepţiile, alta organizarea proceselor de gîndire, înţelegere şi mişcare, iar a treia — simţămintele şi conştiinţa ca atare. Creierul afectiv cuprinde — după Papez — circuitul hipocampus-fornix — corpii mamilari — nucleul talamic anterior şi *gyrus cinguli*.

Mac Lean (1949), pe urmele lui Papez, a dezvoltat concepţia „creierului visceral". Structurile care cuprind circuitul emoţional sînt conectate cu sistemul nervos autonom şi sînt importante pentru supravieţuire. La animalele inferioare, mirosul este un simţ de mare însemnătate adaptativă ; *de aceea*, „creierul visceral" coincide în mare măsură cu rinencefalul. Rinencefalul are conexiuni strînse şi cu viaţa instinctivă, mai ales cu cea sexuală. Influenţat de psihanaliză, Mac Lean admite că acest creier primitiv serveşte funcţiile *id*-ului ; sistemul hipocampic ar putea prelucra informaţia numai într-un chip sumar, ar fi incapabil să analizeze limbajul (cum face neocortexul), dar ar fi capabil de simbolism nonverbal. Hipocampul ar fi un „creier animalizat şi analfabet" (Mac Lean), dar M. Arnold a criticat concepţia lui Mac Lean, arătînd că simbolismul non-verbal implică o experienţă psihologică complexă, mai complexă decît cea a emoţiilor elementare.

Hebb (1949, 1959) încerca să găsească procese nervoase „echivalente" unor procese psihice. Prototipul atenţiei ar fi un anumit gen de facilitare centrală. O altă organizare funcţională „intrinsecă", caracteristică pentru somn şi copilărie, ar consta în hipersincronia activării celulelor corticale. Dezorganizarea trecătoare ar corespunde ***tulburării*** emoţionale (emoţia este văzută deci ca o perturbare adusă de stimularea senzorială),

în timp ce cea cronică ar corespunde nevrozei și psihozei. Invers, emoțiile plăcute ar corespunde la secvențe de faze de dezvoltare (organizare, sinteză).

Magda Arnold (1960) a propus o schemă anatomofiziologică bazată în mare măsură pe o fină analiză introspectivă și fenomenologică (în aceasta constă, de altfel, originalitatea ei *metodologică*). Emoția este definită ca tendința resimțită spre ceva care ne pare bun (sau plăcut, potrivit, dezirabil) sau de a ne *depărta* de ceva care ne pare rău (sau neplăcut, nepotrivit, indezirabil). Emoția este *trăită* ca o „tendință de acțiune". După concepția autoarei, sistemul limbic mediază aprecierea de „bun" sau „plăcut" (respectiv „rău" sau „neplăcut"), în timp ce hipocampul ar iniția reamintirea — și astfel impulsul spre o acțiune particulară.

Un *pattern* sincronizat de impulsuri din cerebel este predat către talamusul central și lobul frontal. La sosirea impulsurilor în aria premotorie, are loc experiența nevoii de a acționa și ea poate fi apreciată ca oportună sau inoportună, dacă e comparată cu acțiuni precedente rememorate. Mobilizarea generală spre acțiune are un acompaniament neurovegetativ, care reprezintă asigurarea condițiilor circulatorii, metabolice etc. Conexiunile piramidale par a media modificările autonome necesare pentru acțiuni discrete, în timp ce conexiunile extrapiramidale mediază modificările vegetative globale ale corpului, așa cum sînt și cele ale expresiei emoționale. Pe scurt, acțiunea este mediată de un releu care — de la ariile corticale senzoriale, ajunge la ariile corticale motorii, *via* structuri subcorticale.

Efectele *lobotomiei prefrontale* includ o scădere a entuziasmului, a interesului general, dar și o pierdere a „atitudinii abstracte" — care poate fi concepută ca reprezentînd inabilitatea de a imagina acțiunea potrivită. Reducerea și eliminarea anxietății însemnează, mai curînd, suprimarea intensificării emoțiilor prin „adaosul" memoriei la aprecierea momentană. Orice pericol este judecat numai după propriul său merit, iar teama își pierde forța compulsivă care vine din obișnuință.

În ce privește *efectele distrugerii nucleilor talamici*, M. Arnold propune următoarea interpretare : leziunile nucleului dorsomedian previn „imaginația motorie", deci și dorința de a scăpa ; cele ale nucleului anterior previn imaginarea acțiunilor sub semnul succesului și al insuccesului — deci și frămîntarea relativă la ceea ce este mai bine de făcut ; cele ale porțiunilor mediale și anterioare ale nucleilor talamici ventrali, previn reactivarea memoriei motorii. Viața emoțională devine plată prin perturbarea capacității de a retrăi emoții trecute. Lipsa de inhibiție ar putea fi explicată prin întreruperea fibrelor care merg la girusul cingulat anterior : pacientul răspunde la oricare impuls, înainte de a-și da seama de oportunitatea răspunsului. Pacientul lobotomizat este mult mai „sensibil" la dureri minore (înțepătură, ciupitură), deși rezistă mai bine la durerea viscerală intratabilă (de fapt, nu-și poate inhiba impulsul de a „fugi" de durere sau de alți stimuli nociceptivi). Cingulectomia și cingulotomia reduc agitația neuroticilor obsesivi, influențînd comportamentul compulsiv și ritual, dar nu anxietatea. Agitația compulsivă se datorește probabil faptului că neuroticul *își privește* acțiunile ca fiind nesatisfăcătoare, imperfecte — și de aceea și le repetă mereu.

Acțiunea normală are un sfîrșit ; ea este „oprită“ în situații ca : succes (atingerea țintei), surpriză, groază, relaxare etc. Decizia de a opri acțiunea sau de a nu o face este legată, probabil, tot de hipocampus.

După M. Arnold, unele efecte ale psihomedicamentelor pot fi interpretate ca rezultate ale tropismului particular pentru anumite zone ale sistemului estimativ. Tranchilizantele ar facilita circuitul memorial, normalizînd imaginația. Cînd domină memoria, aprehensiunea e redusă, dar sînt reduse și impulsurile spre acțiune, entuziasmul și inițiativa. Barbituricele, clorpromazina și reserpina ar reduce imaginația. Meprobamatul ar crește eficiența sistemului estimativ, reducînd „locul“ nesiguranței sau aprehensiunii. Cît despre alcool, el ar deprima configurația de „teamă“, cît și pe cea de „mînie“ din circuitul de acțiune, dar ar afecta transmisia colinergică mai mult decît cea adrenergică, iar transmisia în nervii noradrenalin-senzitivi, mai mult decît transmisia în cei stimulați de adrenalină. Tensiunea și resentimentul sînt abolite de către alcool, iar anxietatea este numai redusă.



Considerații *energetice* asupra vieții emoționale se întîlnesc în expunerile psihanalitice. În „modelul“ *energetic* al *libido*-ului, acesta este capabil să folosească diferite canale de descărcare. Se pare că — cu cît crește intensitatea unui afect, cu atît mai labilă devine legătura sa cu structura motorie, permițînd substituiri în procesul de consumare. Sporirea tensiunii afective, modificînd cronaxia nervoasă, face ca destinderea să se poată efectua și prin intermediul altor echipamente motorii (V. Pavelcu).

Stări afective complexe

În paginile precedente nu am putut să insistăm *decît* asupra stărilor emoționale elementare, cu referire specială la *emoțiile-șoc.* Viața afectivă este însă foarte bogată, diferențiată, nu numai calitativ pe *profile,* ci și pe *nivele* ale personalității. Într-o lucrare introductivă în problematica psihologică a medicinii, nu ne putem ocupa pe larg decît de fenomenele care se repercută curent, evident și direct asupra sănătății bolnavului, de cele care alcătuiesc un substrat al legăturii sale cu medicul și (în treacăt) de cele a căror perturbare constituie un element de diagnostic.

Emotivitatea este un „fenomen psihosomatic“. Ea are un caracter reacțional, legat de viața instinctivă (unii autori vorbesc despre „viața instinctivo-afectivă“). Se desfășoară sub semnul „solidarității organopsihice“ fiind (E. Minkowski) prototipul reactivității pe *planul* organizării psihosomatice sau somatopsihice. *Hiperemotivitatea* este o stare constituțională paranormală, o „diateză temperamentală“.

Sentimentalitatea este altceva decît emotivitatea ; ca și aceasta, poate păcătui prin exces ; ca și aceasta, este un sector de conflictualitate posibilă (pasiuni).

E. Minkowski propune să grupăm sub eticheta de *afectivitate (stricto sensu)*, viața afectivă legată de interacțiunea interpersonală, de contactul interuman ; poate „mai mult umană decît personală". Aci intră „afecțiunea" (nu *afectul*, dar ceea ce *mă afectează*) — și partea specifică a psihologiei „întîlnirii umane", a psihologiei lui „eu-tu" (M. Buber), a „psihologiei în doi" *(Wirheit*, L. Binswanger). Aceasta este, în mare măsură, viața intuitivo-afectivă (și nu viața instinctivo-afectivă), legată de căldura „omenescului". Nu se poate vorbi aci de *exces*, ci — frecvent — de deficiențe ; de asemenea se poate vorbi despre afectivitate „bună sau rea". Pentru E. Minkowski, acest plan este cel propriu-zis „antropologic". El observă că există hiperemotivi neafectuoși ca și schizoizi (în care acest „contact" e deficitar) hiperestezici.

În aceeași categorie a vieții afective se integrează și capacitatea de a avea contact natural, direct, spontan — cu ambianța. „A simți" *(sentir)* înseamnă nu numai a avea simțuri și a avea simțăminte. Schizofrenicii înregistrează, știu, dar le lipsește acest contact natural ; sintonicii (Bleuler), dimpotrivă, „vibrează" în raport cu ambianța. În sfera aceasta intră *anhedonia* descrisă de Ribot. Alienarea schizofrenică are și un revers : dacă ei sînt indiferenți și „reci" (după toate aparențele), nici afectivitatea lor (uneori exacerbată) nu are ecou în noi*.

Atitudinea bolnavului față de evenimente, față de boală, față de sine însuși etc. depinde de *ritmul* și de *mobilitatea* afectivității. Există inconsistenți și superficiali ; există adezivi prin bradipsihie și prin temperament „epileptoid". Aceste atitudini depind de asemenea de *maturația* vieții afective : există arierații afective și „puerilismul mental" (Dupré, 1930) — stare care nu ține de „marea psihiatrie". Există, în sfîrșit, alterări ale afectivității prin epuizare, cum este anestezia (atonia, amorțirea) afectivă a celor care au suferit mai mult în viață, a internaților din lagărele de exterminare etc.

În încheiere menționăm că am putea considera patru emoții fundamentale cu corelatele lor mai complexe :

Emoție	Dispoziție (*humeur*) rezultantă	Sentiment
Frică (spaimă, groază, teroare)	neliniște	timiditate, pudoare
Mînie	enervare	ură, dorință de răzbunare
Plăcere (bucurie)	veselie (euforie)	mulțumire
Neplăcere (chin)	tristețe	descurajare

„Instinctul"

Ce înseamnă „instinct" ? Ce înseamnează „instinctiv" ?

Credem că, pentru folosința psihologiei medicale, cuvîntul de pulsiune (corespunzător englezescului *drive* și germanului *Trieb)* are unele

* Psihiatria ne oferă exemple de paradoxale asocieri și disocieri, în sectorul afectivității : de pildă *forma dureroasă a schizofreniei* (prin disociere sau disjuncție) care poate duce la sinucidere ; *anestezia dureroasă* (prin inhibiție) a melancolicilor.

avantaje față de cuvîntul *instinct*. Prin *pulsiune* vom înțelege, în textul nostru, o forță dinamizatoare, eficace, o „pornire“ care produce o serie de acte comportamentale în raport cu o situație exterioară sau cu un obiect exterior. Rădăcinile pulsiunilor sînt dispoziții psihosomatice înăscute care fac din anumiți factori ai mediului, elemente de mare interes și de puternică valoare de influențare. Semnificația acestor excitanți externi depinde de starea interioară a organismului. Pulsiunile determină acte de comportament îndreptate spre satisfacerea unor ***nevoi*** specifice*. Omul caută mijloace și căi adecvate pentru satisfacerea acestor nevoi, dar este capabil să decidă și asupra oportunității lor, avînd — pînă la un punct — capacitatea de a le accepta sau de a li se opune. Prin *instincte* vom înțelege o categorie de pulsiuni, puse nemijlocit sau mijlocit în serviciul nevoilor biologice (*fiziologice,* adică referitoare la organism — dar și referitoare la *specie*), care se manifestă foarte asemănător la toți indivizii aceleiași specii, care sînt adaptate structurii corporale ca și condițiilor particulare de existență, care decurg *de la sine,* la momentul oportun — fără ca individul să „cunoască“ finalitatea comportamentului său.

După unii cercetători contemporani, *viața instinctuală* a omului se caracterizează prin „acoperirea“ ei de către activitatea conștientă, de către înțelegere și voință — ceea ce face ca ea să se manifeste, în stare pură, numai în sectoare foarte limitate (în unele mișcări expresive, de exemplu). K. Lorenz vorbește despre om ca despre o ființă cu „instincte reduse“.

Pulsiunile și instinctele cele mai importante din punct de vedere fiziologic și biologic sînt sub dependența chimismului și biochimismului organismic. Setea și foamea sînt declanșate de modificări (perturbări) osmotice, ionice, glicemice etc. Sexualitatea este legată de hormonii gonadici. Această observație este foarte prețioasă pentru conturarea viziunii contemporane asupra personalității, viziune care pune accentul pe bazele sale biochimice (Murphy). Ea ne permite să înțelegem — pe baza aceluiași principiu — apariția unor „pulsiuni“ artificiale, dobîndite, cum sînt toxicomaniile *(adicțiunea).*

Există o patologie a instinctelor și o patologie generată de desfășurarea nenaturală a vieții instinctive. Importanța ultimului capitol a fost exagerată de freudism.

Dacă comportamentul instinctual nu se desfășoară mai multă vreme, se observă coborîrea valorii-prag pentru excitanții declanșatori, ca și a exigenței cu privire la specificitatea lor, astfel încît se poate ajunge la punerea în acțiune a lanțului de acte prin obiecte — surogat. (În cazuri extreme, pulsiunea poate declanșa comportamente „în gol“, în absența unui excitant exterior sesizabil). O „stază“ a instinctualității prin nesatisfacere îndelungată se reflectă la nivel organismic printr-o stare generală de neliniște, care-i alterează comportamentul, împingîndu-l la manifestări de apetență (căutare). Asemenea fenomene se întîlnesc atît la animale, cît și la om. „Staza“ instinctuală poate determina manifestări

* Disciplina psihologică care studiază (prin anchete) nevoile este *cheiologia* (Bize, I. M. Nestor).

nevrotice. Spre deosebire însă de animale, omul are la dispoziţie şi capacitatea detensionării pulsiunilor pe calea sublimării*.

Înclinările noastre instinctuale suferă o inhibiţie şi o dramatizare sub influenţa colectivităţii, putînd fi adaptate ca atare de individ, sublimate sau reprimate. După H. Roger, prin socializare s-a ajuns :

— de la instinctul alimentar — la arta culinară şi la ştiinţa alimentaţiei ;

— de la instinctul de apărare, la arta şi ştiinţa războiului ;

— de la instinctul genezic, la concepţiile idealizate ale amorului ;

— de la instinctul gregar, la organizaţiile sociale şi la familia umană ;

— de la instinctul de migraţie (provenit din cel alimentar), la cuceriri şi colonizări ;

— de la instinctul jocului (care e primitiv o plăcere musculară), la jocurile intelectuale şi la jocurile de noroc.

După cum se vede, instinctualitatea se leagă multiplu şi pe nesimţite de valorile morale. Consecinţele morale ale transformărilor şi ale deviaţilor instinctelor — în sens negativ („păcate") şi în sens pozitiv (sublimări) s-ar putea sistematiza după şapte pulsiuni fundamentale :

pulsiunile	„păcat" (viciul)	sublimare morală
nutriţie	lăcomie	cumpătare
activitate (apărare, joc, curiozitate etc.)	lene	activitate
posesivitate	avariţie	abnegaţie
afirmare proprie	mîndrie	modestie, umilinţă
sociabilitate	invidie	prietenie, iubirea aproapelui
agresivitate	mînie	răbdare, blîndeţe
sexualitate	desfrîu	puritate morală**

Despre reflexele condiţionate

S-a crezut iniţial că reflexul condiţionat este un *reflex* înnăscut care a fost *condiţionat :* cu alte cuvinte, condiţionarea ar consta în faptul că, prin asociere cu un semnal S′, reacţia reflexă R ajunge să fie declanşată de S′ şi nu numai de excitantul (stimulul) S adecvat. S-a văzut însă că, de fapt, în general reacţia obţinută prin condiţionare este $R' \neq R$ (diferită de R), deşi, de multe ori, diferenţa este mică (sau asemănarea este mare). În general, R′ cuprinde un complex de răspunsuri dintre care atenţia fiziologului s-a îndreptat spre acele componente care semănau cu R.

Faptul că pot fi condiţionate uşor reflexele care au un marcat caracter afectiv l-a făcut pe Murphy să admită că, în condiţionare, este vorba de incitarea unui proces de motivare printr-un stimul substitutiv

* Sublimarea poate fi privită ca o expresie a *plasticităţii* instinctualităţii umane. Omul este capabil de ample satisfacţii substitutive şi de satisfacţii *simbolice.*

** După P. Valéry, „les sept péchés captiaux sont les sept couleurs pures du spectre de l'âme du juste...".

din cauza stabilirii unei relații comportamentale între stimulul substitutiv și cel original. Răspunsul condiționat este un răspuns preparator sau anticipator al organelor care se pregătesc pentru o reducere a tensiunii ; el este o pulsiune redirecționată, sau, în alți termeni, o redirecționare a motivelor.

Răspunsul condiționat se stinge (extincție) dacă stimulul substitutiv își pierde valoarea practică de semnalizare. Prin aceasta, condiționarea se deosebește de procesul numit (de P. Janet) *canalizare* și care constă în tendința de repetare a comportamentului care a dus la satisfacție.

În canalizare, contactul direct are loc cu obiectele care aduc satisfacție (comportamentul este *consumator*, după nomenclatura lui Sherrington), în timp ce în condiționare, contactul se face cu semnalele preparatoare.

Condiționarea poate fi *configurală*, adică răspunsurile sînt la configurații *(patterns)*. Evaluarea rapidă, neanalizată a unei persoane sau a unei situații (care face parte din ceea ce numim *intuiție* — și care joacă un rol important în psihologia diagnosticului medical și a interacțiunii interumane din medicină) — poate fi datorită unei condiționări configurale.

Se mai disting : *adiența* (Holt), tendința de a persevera în ceea ce a constituit obiectul unei experiențe de viață ; *compulsia de repetiție* (Freud) ; *familiarizarea* (Maslow) — tendința de a prefera stimulii care au fost anterior obiect al experienței ; *autosusținerea activităților* (G. W. Allport) prin dobîndirea unei autonomii funcționale față de sistemele antecedente etc. După Woodworth, orice activitate practicată are o tendință intrinsecă de a deveni pornire : „orice mecanism poate deveni o pulsiune“.

În neuropsihologia actuală, reacțiile condiționate se clasifică după cum urmează :

1. Reacții condiționate clasice (pavloviene), cum sînt cea salivară și alte reacții viscerale ;

2. Condiționarea instrumentală (Konorski, 1928, Skinner, 1935), cu întărire pozitivă și întărire negativă. Termenul „instrumental“ a fost propus de Hilgard și Marquis (1941), în timp ce Skinner preferă termenul de „operant“. În aceeași categorie intră condiționările defensive de scăpare *(échappement, escaping)* și de evitare.

3. Prin *legătură temporară* se înțelege o „asociere“, indiferent dacă există sau nu o reacție (ex. condiționări sensoriale, sau electrocorticale).



Sugestibilitatea (care joacă un rol important în patologie și în terapeutică) poate fi definită ca aparținînd răspunsurilor condiționate motorii la cuvinte și la gesturi. Un ordin care întîlnește îndoială, antipatie etc. nu este executat. Asemenea „atitudini negativiste“ previn eficacitatea stimulilor condiționați, ca și în alte cazuri de dominanță. Sugestibilitatea

este mai mare la persoanele mai tinere şi mai puţin inteligente (?) ; ea depinde larg de condiţionarea în raport cu sursele de autoritate.

Rezistenţa la sugestie („inversul sugestibilităţii") poate fi numită *negativism:* apare în aspectele măsurabile la copilul de 8—10 luni, creşte pînă la 2—3 ani, apoi scade — observîndu-se o recrudescenţă la pubertate. Copilul dobîndeşte „obiceiuri de a ignora" şi procedează adesea sfidînd (prin opoziţie cu ceea ce i se cere). În experimentul de condiţionare, se observă deseori un grup de subiecţi care „condiţionează" în direcţie greşită : răspunzînd, de exemplu, prin *scăderea* fluxului salivar, în condiţii în care răspunsul majoritar (şi aşteptat) este *creşterea* acestui flux. Negativismul nu este un proces pasiv, ci întărirea (reactivarea) acelor configuraţii faţă de care interferenţa exterioară nu poate oferi obstacole ; ca şi în alte procese de dominanţă, stimularea neadecvată produce o intensificare a răspunsului mai puternic. Trebuie să deosebim *răspunsurile negativiste* de *personalitatea negativistă.* Negativismul nu este tot una cu încăpăţînarea care înseamnează rezistenţă aparent nemotivată (altfel decît prin amor propriu) faţă de influenţarea exogenă a actelor de comportament. El diferă de asemenea de perseverarea prin inerţie, automatism, prejudecată etc.

Multe reacţii organismice şi personale decurg sub chipul asocierii unui răspuns „imitativ" şi al unei riposte „simetrice". Un factor nociv întîlneşte reacţii care favorizează acţiunea sa şi riposte care se opun aproape punct cu punct. Această „viziune ipotetică" ar explica fenomene paradoxale cum ar fi refluxul condiţionat patologic, condiţionarea efectului medicamentos, unele efecte homeopatice („cui pe cui se scoate") etc. Negativismul ar putea fi privit şi din acest punct de vedere.

Polaritatea „sugestibilitate-negativism" poate explica de ce distribuţia statistică a multor răspunsuri în testele de sugestibilitate nu este „normală" (gaussiană). Ori de cîte ori situaţia nu este *impersonală,* ori de cîte ori experimentatorul permite apariţia unor atitudini de opoziţie faţă de sine — se obţine o bimodalitate netă. Cele două moduri exprimă complianţa extremă şi rezistenţa marcată.

Imitaţia este şi ea o problemă de condiţionare ; mecanismul ei pare a fi bazat pe un „răspuns circular" care leagă stimulul, răspunsul şi percepţia. Imitaţia „mecanică" se observă în oboseala extremă şi în unele condiţii neurologice (ecolalie, ecopraxie) ; asemenea „ecouri" pot fi obţinute de hipnotizatori prin grija de a elimina interferenţele exogene. Imitarea deliberată este un proces mai complex, care implică percepţia detaliilor, integrarea mişcărilor, finalitate*.

Şi *simpatia,* considerată la nivelul ei cel mai primitiv, poate fi privită ca o manifestare a condiţionării (Humphrey). Dacă mi-am ars mîna la o flacără, mă îngrozeşte şi vederea altei mîini care se apropie de fla-

---

* După cum se ştie, rolul imitaţiei în viaţa psihologică a fost analizată de Baldwin, iar în cea socială de către G. Tarde. Lucrări mai apropiate se datoresc lui P. Guillaume (1955). Comportarea imitativă este foarte dezvoltată la unele primate (de unde cuvîntul „maimuţăreală") şi a avut importanţa sa în „umanizarea" prehominidelor.

cără. Aceste răspunsuri primitive sînt întărite de către atitudinile de *identificare* şi inhibate de către atitudinile de izolare şi ostilitate. Analiza tipurilor complexe de simpatie necesită apelul la conceptele de *empatie* şi de *participare. Empatie* însemnează „a te pune în locul altuia", fie că e vorba de o persoană sau de un lucru. Termenul a fost creat de către esteticieni (Th. Lipps : *Einfühlung*). Este o formă a expansiunii eului (W. James). Identificarea are o mai mare componentă de atitudine activă atunci cînd individul îşi imaginează că joacă „rolul" altcuiva, sau un anumit rol. *Participarea* se leagă, pe de altă parte, de faza de dezvoltare ontogenetică a personalităţii, caracterizată prin „indisocierea" (între eu şi non-eu) (Piaget) ; pe de altă parte — de gîndirea magică.

Factorii psihici în dinamica sănătăţii şi a bolii (II)

Consideraţii istorice

Unitatea omului sub cele două aspecte — psihic şi somatic — este o concepţie veche devenită însă nouă prin tehnicile de investigare şi prin aplicaţiile terapeutice. Mulţi dintre medicii antichităţii afirmau unitatea somatopsihică, inclusiv influenţele reciproce dintre psihic şi somatic. Astfel, Erasistrate, luînd pulsul lui Antiochus şi notînd accelerarea sa la sosirea Stratorniciei, ne-a descoperit, aşa cum spunea Parrot, că „febra de care acest prinţ era cuprins, recunoştea drept unică cauză dragostea fără speranţă pe care frumoasa regină i-o inspirase". Unele rînduri ale lui Platon indică existenţa viziunii psihosomatice la medicii traci.

Dualismul de întinsă circulaţie în cultura europeană a ultimelor milenii este un „dar al grecilor", de mare răsunet, dar şi foarte problematic ca întemeiere şi ca oportunitate (E. R. Dodds, 1965). Atitudinea medicilor antichităţii n-a fost unitară în această privinţă. Unii deosebeau boli care sînt *numai* ale sufletului (psihoze); o idee foarte răspîndită era aceea după care stările afective intense erau boli sufleteşti. Filozofii antici (şi nu numai cei antici!) se considerau ca *terapeuţi ai sufletului*, deseori într-o oarecare concurenţă cu medicii. În *Corpul hipocratic*, unitatea corp-suflet este „de la sine înţeleasă", sectorul sufletesc aparţine domeniului de competenţă şi de obligaţii al medicului fără să se dea prevalenţă somei; boala atinge corpul *şi* sufletul. În etica stoică (Zenon din Kition, pe la 300 î.e.n.) sănătatea nu este privită ca un bun *adevărat*, ci ca pe un *adiaforon*, o stare lipsită de valoare morală. Pe această linie s-a ajuns la deprecierea corpului şi la opunerea unei „sănătăţi a sufletului" faţă de „sănătatea corpului" (sau faţă de *sănătatea pur şi simplu*, văzută ca un fenomen pur somatic). Este greu să ştim dacă folosirea de către Asklepiades din Bitinia (sec. I. e.n.) a unor mijloace orientate *somatic* pentru tratamentul bolilor *psihice* nu este, în mare măsură, o reacţiune faţă de stoicism.

Stoicismul a influenţat gîndirea lui Areteu (sec. I e.n.). Contrar concepţiei hipocratice şi a lui Asklepiades, înclinat să sublinieze linia *somatopsihică* a interacţiunii (boala mentală era privită ca un reflex al alte-

rării trupului), Areteu admitea că unele boli grave duc la o „purificare“ a sufletului şi la dobîndirea, de către acesta, a unor capacităţi extraordinare.

Pentru marele Galen, forţele sufletului sînt o consecinţă a mixturilor umorale, iar sufletul poate fi influenţat prin dietetică corporală; răspuns „tipic medical“ la dualism, cu accentuarea sensului somatopsihic.

Creştinismul a dus, în repetate rînduri, la o pierdere de prestigiu a trupului (şi, implicit, a medicinii). Deşi Isus Hristos ne este prezentat nu numai ca un mîntuitor al sufletului, ci şi ca un vindecător al trupurilor, vindecînd prin *cuvînt* — primii apostoli şi propagatori, chiar dintre cei cu pregătire medicală (ca evanghelistul Luca) s-au preocupat exclusiv de viaţa morală. Reabilitarea medicinii în cadrul creştinismului timpuriu porneşte de la teza după care şi trupul este o operă divină şi el este conţinătorul sufletului, deci persistenţa sa este „îndreptăţită“. Oricum, „dualismul“ este statornicit şi el îşi găseşte o expresie filozofică categorică mai tîrziu, la Descartes.

Se cunoaşte *dublul efect* al filozofiei cartesiene asupra dezvoltării fiziologiei şi medicinii. Aci reţinem impulsul dat cercetărilor în spirit materialist şi interpretărilor mecaniciste. Dacă Descartes admitea atît influenţe psihosomatice, cît şi influenţe somatopsihice (el preconiza o ameliorare *morală* a omului cu ajutorul medicinii), urmaşii săi au eliminat, puţin cîte puţin, orice idee a intervenţiei psihicului în „mecanismele“ fiziologiei şi ale bolii. Acesta este spiritul care a devenit din ce în ce mai puternice odată cu progresele ştiinţelor biologice, ale anatomiei şi anatomiei patologice, ale fiziologiei şi ale biochimiei; spiritul care a pregătit, de exemplu, succesul interpretărilor *localiciste* (patologia de organ, patologia celulară).

Ar fi greşit însă să credem că în tot acest timp medicina clinică a uitat de tradiţiile hipocratice. După cum vom vedea la momentul oportun, pentru unele boli — cum ar fi cancerul — intervenţia factorilor psihici în etiologie a fost *permanent* luată în considerare începînd din antichitate. Începînd de la sfîrşitul secolului al XVIII-lea, această idee a îmbrăcat o haină materialistă în diferitele doctrine *nerviste* (ca aceea a lui Brown, a lui Prochaska etc.). Mentalitatea medicinii „scientiste“, progresiv biologizantă, fundamentată puternic pe experimentul animal şi pe teoria celulară, a neglijat însă treptat discutarea factorilor psihici în etiologie (patokineză), patogenie şi patoplastie. „Reverimentul“ a început pe linie doctrinară, odată cu elaborarea psihanalizei. Apropierea *ştiinţifică* de linia tradiţională a fost marcată de etapa *patologiei funcţionale* (Krehl, von Bergmann, Siebeck, Leriche etc.) şi de lucrările privitoare la corelaţiile cerebroviscerale ale şcolii lui I. P. Pavlov.

Tratatele clasice din primele decenii ale secolului al XX-lea acordă un loc minim aspectelor psihice în etiologie şi simptomatologie. Pe de altă parte, cultura de specialitate pe care o capătă viitorul medic în universitate include prea puţine noţiuni din aşa-zisele ştiinţe umaniste. De aici, prejudecata despărţirii între afecţiuni psihice şi afecţiuni somatice, ignorarea sau viziunea simplistă privitoare la influenţele neuropsihice asupra organelor, deprecierea investigaţiilor în acest sector, ca şi a psihoterapiei.

Ideea de bază a orientărilor corticoviscerale și psihosomatice este *integralitatea* persoanei umane. Boala nu este ceva „despărțit“ de organism, „aplicat“ pe acesta, ci o modalitate reacțională a organismului, în raport cu acțiunea unui agent dezechilibrant. Orice agent perturbator se adresează întregului organism, chiar dacă manifestarea bolii este locală ; boala care apare în sectorul psihic are răsunet visceral, iar boala aparent „strict somatică“ are implicații și repercusiuni psihice, ascunse sau nu. Omul „răspunde“ în *totalitate*.

Vom dezbate mai întîi influența „psihicului“ asupra „somei“ în determinarea unor boli, pe planul explicației fiziologice, neurodinamice.

Aspectul corticovisceral (cerebrovisceral)

Tulburarea unei funcții poate fi expresia leziunii unui organ ; dar perturbațiile funcționale pot să nu se întovărășească de nici o leziune organică decelabilă, iar prin repetarea acestor tulburări funcționale pot apărea alterații anatomice care devin cu timpul ireversibile, cum ar fi, de exemplu, spasmul generator de ischemie, care poate duce la gangrenă. În epoca actuală, începe să pară din ce în ce mai „naturală“ ideea după care leziunile organelor nu sînt expresia unor alterații primitive și autonome, ci — de multe ori — o consecință a tulburărilor sistemelor reglatoare.

A recunoaște la originea tulburărilor funcționale sau organice o dereglare neurovegetativă este a admite neurogeneza lor. În acest sens, tulburări ale „activității nervoase superioare“ au fost puse în evidență în antecedentele a numeroase cazuri de boli viscerale.

I. P. Pavlov înțelegea prin termenul de „activitate nervoasă superioară“ unitatea dintre psihic și fiziologic, dintre subiectiv și obiectiv, care își găsește expresia în reflexele condiționate, în activitatea cerebrală și în toate reacțiile cerebrale complexe la influențele mediului extern și intern al organismului.

Toate stările de conștiință au probabil o *expresie* organică (nu numai un *mecanism* neurocerebral), iar emoțiile se întovărășesc de modificări ale circulației (prin intermediul nervilor vasomotori și a glandelor endocrine), ale secreției și peristaltismului digestiv, ale diurezei, ale glandelor etc. Repercusiunile asupra umorilor sînt atît de masive încît expresia „a-ți face sînge rău“ este literalmente exactă. O emoție repetată, un sentiment de durată (invidia, frica, ura) pot să provoace adevărate boli. Grijile afectează considerabil sănătatea, iar oamenii care nu știu (sau nu pot) să se apere împotriva lor mor tineri.

Cercetînd pe animale, cu o tehnică experimentală riguroasă, I. P. Pavlov și școala sa (K. M. Bîkov) au arătat strînsele legături dintre modificările din scoarța cerebrală și funcționarea organelor interne.

Totodată, activitatea viscerelor se repercutează asupra scoarței cerebrale, care are o reprezentare *constantă* a funcționării organelor interne. Există, de asemenea, importante reflexe visceroviscerale, pornind din organe lezate.

O supraîncordare nervoasă, creată prin tendința de a realiza reflexe condiționate prea complexe sau prea des repetate, pe o scoarță slabă (sau slăbită) poate provoca apariția unor *tulburări nevrotice*. Activitatea reflex-condiționată, care leagă focarele de excitație corticală de viscere, devine dezordonată și neadecvată bunei echilibrări a organismului, ducînd la *nevroze corticoviscerale*. Prin prelungirea tulburării, ele pot să ia aspectul unui stereotip funcțional patologic sistematizat. Petrova, Usievici, Kupalov ș.a. au adus exemple ilustrative în acest sens, iar în Statele Unite aceste cercetări au fost confirmate de W. Horsley Grant.

După Bîkov și Kurțin, *dereglarea* activității corticale determină *activitatea haotică* a centrilor vegetativi subcorticali pe care, în mod curent, îi controlează scoarța. Această ipoteză conectează nervismul pavlovist de numeroasele lucrări clinice și experimentale occidentale, consacrate diencefalului. O altă modalitate de reglare a patologiei corticoviscerale este *reflexul condiționat patologic* care „inversează" rolul de apărare al scoarței față de noxe (Dolin). Nu trebuie să uităm că orice „slăbire" a scoarței înseamnă un deficit al instanței defensive supreme, astfel încît *astenizarea* scoarței cerebrale poate fi factorul hotărîtor într-o serie de boli „produse" prin „noxe externe".

Este ușor de văzut că oricare din aceste condiții se poate realiza și la om. Ele sînt furnizate curent de către condițiile trepidante ale vieții moderne, de către surmenaj, de șocurile afective. Femeia posedă, din acest punct de vedere, o sensibilitate particulară care explică predispoziția ei la nevroze corticoviscerale.

Trebuie remarcat că tulburările psihoafective care pun în joc mecanismele emoției (trecute în revistă în alt capitol) sînt desigur mult mai nocive, pentru că releurile emoției favorizează orientarea către somă a influențelor corticale.

De fapt (după cum subliniază Delay) emoția inhibată, care nu se întovărășește de descărcarea prin gesturi și gesticulații, produce un aflux de iritații interne care creează o stare de tensiune permanentă. De aceea, emotivii inhibați sînt mai predispuși la tulburări corticoviscerale. Cu cît o emoție se manifestă mai puțin în afară, cu atît este în interior mai perturbatoare, periclitînd sănătatea.

Se pot enumera, la om, o serie de factori patogenetici, la care ar fi interesant de descifrat unul sau mai multe mecanisme fundamentale de dereglare (sînt mai mult de zece) descrise la animal: emoții negative (frica, mînia), sentimente variate ca trufia *(la maladie de l'orgueil)*, invidia, ura, gelozia, ținînd de acea „patologie a inimii" pe care a schițat-o Maurice de Fleury; apoi tristețea, temerea de boală, sentimentele morale (remușcări, sentimente de culpabilitate), sentimente intelectuale (cunoașterea răului și reprezentarea sa mentală), tulburări ale voinței („boli prin carența voinței"). Ele survin deseori pe un fond de tensiune psihologică permanentă (surmenaj permanent fizic și psihic, impresie de viață ratată, ambiții dezamăgite, umilinți continui conjugale, anumite profesiuni care creează o stare de tensiune nervoasă, acțiunea de constrîngere din partea altor oameni, neliniștile existenței). La femei se adaugă (ca sursă de enervare și insomnie) grijile menajului, educarea copiilor, un *libido* nesa-

tisfăcut etc. Ele pot fi declanşate brusc, alcătuind adevărate şocuri psiho-afective sau pot fi produse prin reprezentarea imaginativă a stării afective sau morale.

De asemenea, trebuie subliniată aici (dar nu numai aici) importanţa *cuvîntului* în determinarea, accentuarea şi evoluţia unor boli. În adevăr, funcţia cuvîntului constituie pentru Pavlov elementul esenţial al perfecţionării corticalităţii umane, limbajul formînd o a doua categorie de semnale — *semnale ale semnalelor*, „al doilea sistem de semnalizare". Această nouă sursă de semnale este, ca şi celelalte, susceptibilă de a antrena o activitate reflex condiţionată, cu repercusiuni asupra funcţiei viscerelor atît în stare fiziologică, cît şi în stare patologică.

În lumina acestor considerente, capătă o explicaţie fiziologică numeroase fapte de mult cunoscute, care dovedesc influenţa psihicului şi a sugestiei prin grai asupra desfăşurării proceselor fiziologice şi evoluţiei proceselor patologice ale organelor interne. În legătură cu această problemă, vom reveni la subcapitolul despre iatrogenii. Un cuvînt nepotrivit, spus din greşeală sau din lipsă de tact în prezenţa bolnavului sau adresat direct acestuia, poate duce la tulburări grave, nu numai psihice — şi foarte rebele la tratamentele obişnuite.

Aşadar, traducerea în patologie a tulburărilor activităţii nervoase superioare poate depăşi planul psihic, repercutîndu-se asupra organelor interne *via* hipotalamus, utilizînd apoi mai multe căi, printre care trei sînt mai importante : calea endocrină, cea neurovegetativă şi cea imunitară.

Oricare ar fi importanţa cortexului în organizarea şi dezorganizarea reflexelor condiţionate, orice reacţie emoţională implică o participare bazilară. Din acest punct de vedere, ar fi mai just să vorbim de o *patologie cerebroviscerală* şi de *sindroame cerebroviscerale*. Problema relaţiilor dintre cortex şi bază, problema circuitelor corticobazilare apare ca fiind „problema centrală a psihofiziologiei" actuale (Delay).

O problemă teoretică şi practică importantă este următoarea : de ce după o traumatizare psihică aparent analoagă (de ex. cataclisme, bombardamente etc.) unele persoane prezintă perturbări şi altele nu ? Legată de aceasta, se pune întrebarea : de ce manifestările morbide se localizează diferit după subiecţi, la nivelul unuia sau altuia dintre organe (la unele persoane apare boala ulceroasă, la altele hipertensiunea arterială, la altele o boală Basedow) ?

Patogenă nu este numai emoţia, ci şi tulburarea reacţională (teren, temperament) în anumite condiţii de mediu. Este greşit să se opună argumente care subliniază evenimentul drept creator de tulburări (emoţie patogenă) argumentelor care accentuează rolul constituţiei (pre)morbide, „revelată" de eveniment. Nu există „evenimente" pure — ele sînt toate şi totdeauna articulate cu un context istorico-social şi, cu atît mai mult, nu există subiect „izolat" cu „constituţia sa morbidă" imuabilă. „Situaţiile patogene" sînt confruntarea unei *persoane*, în ansamblul biologic şi social respectiv, cu *evenimentul*, aspect care capătă *semnificaţie* în raport cu *subiectul* el însuşi, cu istoria şi cu relaţiile sale. Numai o analiză detaliată cu privire la *persoană — în situaţie — în mediul său*, poate să confere o valoare psihopatologică evenimentelor care declanşează, revelează, favorizează tulburarea psihică, cu repercusiunile sale somatice.

Pentru localizările variabile ale unei tulburări neuropsihice pe unul sau altul din organe, există mai multe explicații posibile (care nu se exclud reciproc). S-a invocat starea constituțională : organele unui individ nu au aceeași valoare funcțională și nici o aceeași rezistență ; sînt afectate în primul rînd, atît după traume psihice cît și după intervenția altor noxe, organele cu rezistență mai mică (meiopragie funcțională).

Poate interveni și coincidența traumei psihice cu o anumită afecțiune organică ; sau un reflex condiționat anterior stabilit asociază un anumit ordin de conflicte emoționale la un anumit ordin de simptome somatice. În unele cazuri, ar fi suficientă coincidența traumei psihice cu o stare funcțională fiziologică deosebită a unui organ (K. Hansen) : o veste neplăcută în timpul mesei, poate provoca tulburări persistente de deglutiție. În alte cazuri, tulburările funcționale din partea organului respectiv sînt cele ce însoțesc în mod „fiziologic" anumite traume psihice, ca palpitațiile și tahicardia din cauza fricii sau a unei tensiuni de așteptare.



În general, pentru a face diagnosticul de afecțiune cerebroviscerală, trebuie să avem în vedere :

1. Trăsăturile temperamentale și caracteriale particulare, eventual deosebite în antecedentele bolnavului (și, eventual, tulburările nevrotice).

2. Condiții de ambianță particulară în trecutul bolnavului, constituind o stimulare psihoemoțională anormală (șocuri : traume, situații conflictuale = drame), care au dus la sensibilizarea sau la epuizarea sistemului nervos.

3. Relații cauzale, genetice, de coincidență între afecțiunea prezentă și anumite traume psiho-emoționale, în special în epoci sau în perioade cruciale de viață (pubertate, mariaj, nașteri, climacteriu etc.).

4. Modalitatea reacțională deosebită a individului (constituție somatoendocrină, tip de sistem nervos, trăsături neurotice sau tulburări caracteriale), anumite stări psihologice momentane anormale (excitație, depresiune, anxietate, euforie etc.), pe care trauma afectivă poate mai ușor declanșa tulburările morbide.

5. Reducerea tulburărilor prin o terapie medicamentoasă adresată sistemului nervos (central, mai ales), prin îndepărtarea (cînd se poate) a factorului *psihoafectiv perturbator*, prin psihoterapie.

Ni se pare oportun să insistăm asupra ultimului punct. Într-adevăr, dacă este adevărat că sistemul nervos domină fiziologic, el trebuie (după cum spune P. Bonnier) să orienteze și terapeutica.

În tratamentul bolilor în general (și al celor corticoviscerale în special), va trebui să știm în primul rînd ce este condiționat și ce este necondiționat în influențele nocive și, în al doilea rînd, să întrevedem ce fel de mecanisme nervoase patogenice avem în față, să știm dacă predomină cele de natură corticală sau cele de natură subcorticală.

În tratament, vom avea de luat în considerare reglarea farmacologică a mobilității și interacțiunii proceselor corticale, precum și reglarea interacțiunii dintre scoarță și regiunile subcorticale. Terapia pentru sistemul nervos va completa o terapie adresată repercusiunii viscerale.

Pentru reechilibrarea sistemului nervos vom utiliza :

a) o terapie stimulantă, deprimantă sau de protecție (hibernație artificială, somn prelungit, electronarcoză) ;

b) restructurarea conexiunilor temporare (prin șocuri) ;

c) o terapie condiționată asociativă, în care, asociind de mai multe ori un mijloc curativ cu un excitant indiferent, transformăm pe această cale excitantul indiferent într-un excitant condiționat cu efect terapeutic. Astfel, de pildă, asociind lumina unui bec verde cu un soporific oarecare, obținem somnul numai prin luminarea camerei cu o lumină verde ; sau, provocînd de mai multe ori la rînd o hipoglicemie insulinică prin injecții, o obținem mai tîrziu (în mai mică măsură totuși) injectînd ser fiziologic (experiențe ale lui Povorski, Strokina ș.a.) ;

d) medicamente hormonale care, în afară de acțiunea lor specifică, au importanță și în echilibrarea sistemului nervos ;

e) psihoterapia — avînd ca mecanism esențial *decondiționarea* și crearea de „reflexe imaginative“ favorabile vindecării *(recondiționare)*. Acest rezultat se obține prin redarea încrederii, prin susținere morală, ca și prin utilizarea sugestiei, autosugestiei, hipnozei, relaxării etc.

Aspectul viscerocortical (viscerocerebral)

Faptul că somaticul are o mare influență asupra psihicului este bine cunoscut. În explicarea acestei influențe trebuie să se țină seama mai întîi de accesul la creier a semnalelor interoceptive în cursul stărilor normale și patologice ale organismului.

Nenumăratele experiențe ale lui Bîkov și ale școlii sale constituie un material prețios pentru înțelegerea tulburărilor care apar în scoarța cerebrală și centrii subjacenți prin tulburarea interocepției.

Scoarța analizează și compară în mod permanent impulsurile interoceptive care îi vin. În cazul alterării patologice a acestor impulsuri, de exemplu la unii bolnavi care au suferit timp îndelungat de boală ulceroasă, se poate constata mult timp după excluderea sursei permanente de semnalizare (ulcerul) existența unor simptome de afecțiune gastrică, datorite reacțiilor vestigeale din scoarta cerebrală la reflexul condiționat interoceptor, format anterior și fixat. Este de presupus că și unele forme dureroase, observate la bolnavi după apendicectomie, colecistectomie, unele dureri fantomă la cei cu bonturi după amputații etc. intră în aceeași categorie. De asemenea, nu este exclus ca în anumite tulburări de tipul stărilor ipohondrice să se afle un reflex condiționat interoceptor patologic fixat.

În această ordine de idei, menționăm *corticalizarea* unor boli organice, în special cronice. Se realizează o serie de legături viscerocorticale patologic fixate, în care, chiar dacă aspectele lezionale și funcționale ale viscerului se reduc prin tratament viscerotrop, rămîne polul cortical care — păstrîndu-se într-o stare parabiotică — nu permite o vindecare completă.

Dar alterațiunile organice pot duce la tulburări neuropsihice și pe alte căi : fie prin substanțe toxice produse de organe în suferință, fie prin substanțe hormonale care modifică activitatea nervoasă superioară (în

această categorie intră excitabilitatea şi labilitatea psihică a hipertiroidienilor, apatia hipotirodienilor, agresivitatea hipercorticosuprarenalienilor, depresiunea şi indiferenţa addisonienilor, iritabilitatea hipoparatiroidienilor etc.).

Influenţa profundă a somaticului asupra psihicului a generat vechiul dicton *mens sana in corpore sano**. Iar Descartes remarca : „Spiritul depinde atît de mult de temperament şi de dispoziţia organelor corpului, încît dacă este posibil să se găsească vreun mijloc care să facă pe oameni mai înţelepţi şi mai destoinici decît au fost pînă acum, eu cred că acest mijloc trebuie căutat în medicină".

Între elementul somatic şi cel neuropsihic există treceri şi aspecte intricate, încît, dacă tulburări ale activităţii organelor interne pot surveni în urma influenţei scoarţei, ulterior organul modificat patologic devine la rîndul său o sursă de noi impulsuri care diferă calitativ de cele anterioare, impulsuri care sosesc în mod continuu sau discontinuu la creier şi modifică starea funcţională atît la nivelul scoarţei, cît şi la nivelul centrilor subcorticali.

Recunoaşterea unei afecţiuni primitiv organice nu înseamnă de aceea renunţarea la consideraţiile cerebroviscerale cu corolarele lor practice. Afecţiunea modifică reactivitatea cerebrală la factori afectogeni. Afecţiunea organică poate să accentueze anxietăţi, temeri, obsesii.

O problemă fundamentală care trebuie lămurită este a relaţiilor organicului cu funcţionalul.

Mai întîi (şi acest lucru trebuie subliniat cu insistenţă) termenul „funcţional" trebuie aplicat *nu prin excluderea bolii organice,* ci prin constatarea unor caracteristici proprii. Punem în gardă, de asemenea, împotriva frecventei confuzii dintre „funcţional" şi „subiectiv". Altădată, neurologii şi psihiatrii confundau simptomul „funcţional" cu simptomul isteric sau chiar cu simularea.

În al doilea rînd, tulburarea funcţională poate fi datorită atît alteraţiei organice, cît şi tulburării neuropsihice, după schema : tulburare neuropsihică → tulburare funcţională → alterare organică.

În al treilea rînd, foarte frecvent avem de-a face cu o intricare de organic şi funcţional, iar afirmaţia „numai organic" sau „numai funcţional", ca şi alternativa „somatic" *sau* „psihic", este principial eronată. Aceasta cu atît mai mult cu cît întîlnim şi oscilaţii între aspectul visceral şi cel cortical, între cel somatic şi cel psihic, pe care le-am denumit *alternanţe corticoviscerale* (Athanasiu, 1958), înţelegînd prin aceasta înlocuirea unei manifestări viscerale prin una psihică şi invers**.

Cu altă coloratură şi alte explicaţii, ele au fost descrise încă mai demult sub numele de „balansări psihosomatice" (Mathey, 1938).

De asemenea, mai trebuie să atragem atenţia : 1) asupra perioadei de *incubaţie* pe care o pot avea şi bolile psihice, psihosomatice sau corti-

---

* Rezerve la acest aforism le aducem pe parcursul întregii lucrări. Nu e mai puţin adevărat însă că dictonul are un „voluminos sîmbure de adevăr".

** Un caz personal edificator este următorul : o bolnavă, în urma unei traume psihice, face o nevroză ; după un timp apare un astm. Odată cu apariţia astmului dispare nevroza, ca după vindecarea acestuia din urmă să apară tulburările psihice. Acest fel de fenomene nu sînt rare în literatura medicală. Este recomandabil să vorbim despre „coeficient nevrotic", într-un caz sau în altul.

coviscerale ; 2) asupra debutului psihic al unor boli somatice (unele din manifestările prodromice ale hepatitei icterigene, ale bolii Pfeiffer, ale tuberculozei pulmonare, ale encefalitelor etc.) — cît și asupra debutului somatic al unor boli psihice. Psihicul are, așadar, „roluri“ considerabile în afecțiunile somatice, fie determinîndu-le apariția (afecțiuni „corticoviscerale“ propriu-zise), fie modificîndu-le evoluția, fie suferind repercusiuni.

Nervismul cuprinzător este cel care, admițînd posibilitatea intervenției corticale, este atent și la ceea ce depinde de diencefal, de etajele superioare ale nevraxului și chiar de reflexe și de iritații locale. În cadrul unui astfel de nervism își găsește loc nu numai psihogeneza și psihoterapia, dar și acupunctura, stimuloterapia cutanată, reflexoterapia lui G. Bonnier, tehnicile yoga etc.

Dezideratul lui I. P. Pavlov (1935) de a „traduce psihogeneza și simptomatologia în limbaj fiziologic“ este încă departe de a fi realizat. Așa cum menționăm și cu alte ocazii, *caracterele specifice* ale acelei modalități (sau ale acelui sector) al activității cerebrale care se manifestă ca viață psihică se cer luate în considerare în practica medicală de fiecare zi. Din punctul de vedere al *medicinii antropologice,* este necesar deseori să se pună accentul pe ceea ce le *deosebește.* De aceea, explicațiile corticoviscerale sînt mai „sărace“ în conținut, mai puțin individualizate, mai *puțin specifice* decît interpretările zise „psihosomatice“. Pe neurofiziolog îl interesează conexiunea și categoria funcțională, pe psihosomatician îl interesează conținutul trăirii sufletești, nu numai etichetarea ei. Psihosomatica este, de aceea, mai vie, mai colorată, mai fascinantă, mai familiară. Dar medicinii cerebroviscerale (cerebrosomatice) îi revine sarcina să dezvăluie relațiile cauzale pe care se întemeiază viața psihică, inclusiv interacțiunile sale cu viața vegetativă. De cunoașterea acestor relații *cauzale* nu ne putem dispensa, dacă vrem să progresăm în *stăpînirea* vieții psihice.

Medicina psihosomatică

Medicina psihosomatică este o orientare relativ nouă. Ea studiază aspecte ale patologiei generale în relație cu viața psihică conștientă și — mai ales — cu cea inconștientă. Aceste relații sînt complexe și încă insuficient de clare ; de aceea, medicina psihosomatică are nu numai adepți, ci și numeroși critici. Ar trebui să distingem, cel puțin trei accepțiuni ale acestor orientări a medicinii moderne (Ey, Bernard și Brisset) :

1. Mai întîi, tendința de a înțelege datele unei situații patologice ținînd seama de unitatea somatopsihică a organismului. Ea are o valabilitate cu totul generală și incontestabilă în științele despre om.

2. Termenul de psihosomatic se mai aplică pentru a desemna un simptom sau un sindrom funcțional în care se regăsește în același timp, într-o unitate patologică, o expresie fiziologică și o expresie psihologică *manifest coordonate.* Este vorba, de exemplu, de simptome sau de tulburări „fizice“, care sînt expresia directă a unor emoții. Acestea sînt *simptome psihosomatice elementare,* cum ar fi un spasm, un vertij, o stare acută de greață și care intră totodată în domeniul patologiei generale (semne funcționale) sau al psihiatriei (angoase, isterie).

3. Un al treilea aspect exprimă într-un mod particular și prevalent reacțiile unui subiect la condițiile de viață : este vorba de adevărate *habitus*-uri patologice de lungă durată sau ciclice, adevărate „boli“ (astm, hipertensiune etc.) legate de un profil particular al persoanei. Acest ultim grup de fapte sînt „veritabilele“ afecțiuni psihosomatice (afecțiuni psihosomatice „propriu-zise“) constituind ceea ce unii numesc *nevrozele de organ*.

Dacă „înțelegerea“ largă a psihosomaticii o face aplicabilă teoretic la orice boală umană, ea este în special necesară pentru o serie de afecțiuni determinate, cu manifestări somatice evidente, dar accesibile în primul rînd (sau aproape numai) psihoterapiei. În aceste boli, fondul afectiv este puternic implicat, fără a găsi în el o „cauză“ în sensul clasic (mecanicist) al cuvîntului : „corp“ și „suflet“ *nu* sînt două manifestări (sau laturi, sau zone) separate, cu interacțiune reciprocă, ale naturii umane. *Fenomenul om* (omul concret, *existența* umană), numai prin speculație teoretică, ne apare „scindat“ în „corp“ și „suflet“. Termenii de psihogenie, somatogenie și corelație psihofizică pot crea confuzii, dacă nu sînt înțeleși și „mînuiți“ adecvat. În loc de a considera că simptomele isterice sînt o „conversiune“ a unui conținut psihic într-o manifestare fizică, sau că nevroza organică este un simptom întovărășind afecte refulate, trebuie să admitem pur și simplu că bolnavul își „materializează“ posibilitatea de a fi fie în simptomul isteric, fie (parțial) în nevroza organică. În primul caz, raporturile cu lumea exterioară sînt mai puternice decît în al doilea caz. În isterie, omul își manifestă boala prin *gesturi*, în timp ce în nevroza organică factorul propriu-zis uman este mai disimulat, mai „camuflat“, deși nu lipsește niciodată.

Medicina psihosomatică a studiat mai întîi răsunetul patologic al stărilor afective sub forma unei proiecții în organic a reacțiilor psihologice. S-a admis că alegerea organului sau a funcției depinde de emoția în cauză ; astfel, agresiunea și mînia, reprimate, provoacă o stare de excitație a sistemului muscular și circulator și o hiperfuncție a glandelor tiroidă și suprarenală (normal implicate în accesele de mînie) ; de aici, apariția unor contracții musculare mai mult sau mai puțin dureroase, palpitații cardiace, hipertensiune, iritabilitate, hiperglicemie. Dacă, dimpotrivă, individul încearcă să rezolve situația nu prin atac ci printr-o reacție de chemare în ajutor, organele care devin cele mai sensibile sînt acelea care concură la funcțiile de achiziție, de întreținere și de transmitere a vieții, adică organele digestive, respiratorii și sexuale. Avem atunci spasme și dureri digestive, reacții disproporționate de foame, ulcerații digestive, oboseală, crize de astm, impotență și frigiditate. La un individ dat, reacțiile de mînie sau de chemare în ajutor, de luptă sau de fugă, pot interveni succesiv sau combinat, chemîndu-se unele pe altele : mînia reprimată, gestul ostil care nu s-a putut executa, antrenează mai întîi manifestările spasmodice active pe care le-am menționat ; dar ele determină, în plus, pe plan psihic, o reacție de culpabilitate. Progresînd în inconștient, sentimentul de culpabilitate subminează considerația față de propria persoană, ceea ce produce un „complex“ de inferioritate sau de dependență în care reacția de chemare în ajutor devine necesară. „Energia patologică“ se concentrează în acest moment pe organele de nutriție și de achiziție, iar simptomatologia se modifică în consecință,

simptomele digestive urmînd unei crize de hipertensiune sau de palpitaţii cardiace. Dar dacă nici această chemare în ajutor nu este satisfăcută sau nu este exprimată de subiect, acesta, printr-un fel de protest contra izolării şi inferiorităţii sale, revine într-un al treilea timp la conduita agresivă iniţială, astfel încît simptomele se schimbă încă o dată în localizarea, ca şi în expresia lor. Aşadar, simptomul psihosomatic, pentru că provine dintr-o nevoie interzisă, exprimă această nevoie *în acelaşi timp* în care o disimulează. Într-o astfel de interpretare, bolnavul psihosomatic este comparabil cu copilul care, ascuns îndărătul unei perdele, nu poate să se împiedice să o agite pentru a-şi semnala prezenţa, în timp ce se teme să nu fie descoperit.

Concepţia aceasta (pe care am rezumat-o după Morali-Daninos) porneşte de la ideea că diferitele organe au un rol specific în expresia emoţiilor ; pentru acest motiv, este denumită *teoria specificităţii perturbărilor psihosomatice.*

Cercetările psihoanalitice au adus o serie de argumente de susţinere a interpretării. Ca rezultat al dezvoltării, individul cîştigă în diferenţiere, dar pierde în elasticitate ; cu cît fiinţa este mai structurată, mai organizată, mai bine definită, cu atît este mai puţin capabilă să se adapteze la schimbări mari ale mediului. În anumite cazuri, în faţa schimbărilor prea bruşte, omul care nu mai are resurse adaptative încearcă să se „întoarcă" la o formă infantilă de funcţionare fiziologică (regresie). Simptomele psihosomatice ar apărea pentru că organele şi-au pierdut *capacitatea* lor de a se adapta ; organul atins ar fi acela care în copilărie exprima şi satisfăcea nevoia actualmente frustată. Această reîntoarcere la un mod infantil de funcţionare fiziologică nu poate să se efectueze decît prin mijlocire nervoasă.

În ceea ce priveşte *afecţiunile (sindromele) psihosomatice*, cea mai mare parte a lucrărilor s-au axat pe cele care sînt remarcabile prin frecvenţa şi prin valoarea lor : în patologia endocrină, boala Basedow şi diabetul ; în patologia cardiovasculară, hipertensiunea arterială şi infarctul miocardic ; în dermatologie, pruritul, şi anumite eczeme ; în patologia nervoasă, migrena ; adăugăm domeniul afecţiunilor alergice şi chiar reumatismul cronic.

În *boala ulceroasă* (ulcerele gastroduodenale) cu determinism „nervos" s-a căutat, în lucrări psihanalitice, să se descifreze personalitatea ulcerosului şi să se formuleze ipoteze asupra joncţiunii planurilor psiho-organice (Alexander, Margolin, Marty, Fain). S-a insistat asupra condiţionărilor afective primitive în raporturile lor cu condiţionările alimentare, punîndu-se în evidenţă situaţia de *dependenţă* a ulcerosului. „Nevoile afective regresive" sînt exprimate în caracter, cel mai adesea prin trăsături marcante (căutarea excesivă a independenţei, ambiţie, activitate şi agresivitate). Ulcerosul caută să compenseze prin aceasta tendinţele sale profunde la pasivitate, de unde un conflict perpetuu (ulcerul fiind expresia sa emoţională). Acesta ar fi sensul afirmaţiilor lui Alexander asupra frustraţiei nevoilor „orale" la ulceros. S-a mai remarcat că, adesea, după gastrectomie, comportarea ulcerosului se modifică, desvăluindu-se „căutarea de pasivitate" care se disimula înainte, astfel încît vindecarea constă în armonizarea comportării generale cu comportarea gastrică (P. Marty).

În *astm și alergie*, studiile de psihosomatică tind să deplaseze către personalitatea astmaticului interesul pe care vechii autori îl acordau „terenului". Acest „teren" a fost chemat pentru a explica o serie de fapte neobişnuite şi bizare, cum ar fi variabilitatea alergenelor la acelaşi subiect, posibilitatea reacţiilor la mînie (astmul Trousseau), la imagini (astmul Proust) sau la visuri (Jacquelin) sau, încă, paradoxele tratamentelor. Întrucît s-a remarcat că astmaticul sau alergicul sînt bolnavi fragili din punct de vedere emoţional, s-a vorbit, între altele, de cauze declanşante, de faimosul „şoc emoţional". Mişcarea psihosomatică caută să dea o mai largă explicaţie terenului, descoperindu-i aspectele psihologice. După Alexander, se poate vorbi de un „portret" psihologic al astmaticului şi există o *semnificaţie* a crizei de astm. Frica de a pierde dragostea mamei (sau a substitutelor sale) ar constitui fondul atitudinii subiectului. Criza de astm ar reprezenta o criză de plîns inhibată. Criza de astm, dispneea expiratorie, pare să rezulte dintr-o inervare „regresivă" a funcţiei respiratorii, datorită inhibiţiei confesiunei şi a lacrimilor (Ziwar, 1956). Această interpretare nu dă socoteală de toate cazurile (Gendrot, 1953) ; anumite crize pot fi „echivalente alergice de angoasă", adică condiţionări ale angoasei, istoric legate de obiecte specifice. Cazurile de astm care ţin de acest mecanism ar fi deci „nevroze actuale", variantă particulară a nevrozei de angoasă. Ar fi deci de deosebit cel puţin două tipuri de astmatici, unii mai aproape de polul isteric (expresiv), mai puţin gravi ; alţii mai profund „psihosomatici", la care s-ar întîlni un cumul de predispoziţii (ereditare, anatomofiziologice) şi o structură de regresie emoţională foarte profundă — aceştia ar fi astmaticii mai greu de tratat.

Cercetările moderne au regăsit intuiţii foarte vechi asupra participării factorilor emoţionali în viaţa *tuberculosului* (Laënnec). Orientarea psihosomatică insistă asupra faptelor de frustraţie în primii ani de viaţă (Porot). Tuberculosul este un „înfometat de dragoste", abandonîndu-se protecţiei, dependenţei, vieţii „parazitare". Cînd vrea să lupte împotriva acestei tendinţe, el se „consumă" într-o hiperactivitate fără măsură, un fel de „sinucidere organică" (Racamier). Noţiunea pierderii principalului sprijin afectiv în lunile care precedă începutul unei tuberculoze pulmonare este bine cunoscută de ftiziologi. Aceste noţiuni au un interes deosebit în conducerea tratamentului tuberculoşilor, care nu pot să se vindece dacă nu este vindecată „rana afectivă" (Racamier).

Hipertensiunea arterială a fost mult studiată, în special de Dunbar, fiind pusă în relaţie cu pulsiuni ostile inhibate ; aceşti pacienţi pot avea tipuri de personalitate foarte diferite, dar au în comun „incapacitatea de a-şi exprima liber agresivitatea" (Alexander). De frica consecinţelor acestei exprimări, ei îşi ascund dorinţa de competiţie îndărătul unei atitudini de pasivitate. În genere, la bolnavii din această categorie, ca şi la cei cu spasme arteriale diverse, întîlnim o ambiţie reţinută cu teamă de agresivitate, astfel încît sînt întotdeauna încordaţi, temători şi posedaţi de o mînie reprimată. Laubry îi descria în acelaşi fel, ca pe nişte „fiinţe neliniştite, agitate de afaceri, de politică, de finanţe. Ei îşi stăpînesc nervii vieţii lor interioare, dar plătesc tribut acestei dominaţii prin reacţii cardiace şi vasomotorii intense şi printr-o uzură organică rapidă".

În criza anginoasă factorii emoționali joacă (pe terenul de fond) un rol de declanșare, încît nu este posibil de a separa radical „falsa“ de „adevărata“ angină de piept. Cercetările psihanalitice la acești subiecți au pus în evidență dependența față de imaginea paternă.

Coronarienii au fost și ei obiectul unei descrieri făcute de Dunbar, care insista asupra caracterului compulsiv al nevoii lor de autoritate și asupra ardoarei la lucru. Această trăsătură „specifică“ a fost regăsită și de alți autori (Arlon, Gildea, White și colab. etc.). Au fost însă exprimate și păreri opuse, bazate pe studii aprofundate.

În ceea ce privește *tahicardiile paroxistice* — cercetările psihosomatice sînt mult mai rare, cercetătorii fiind în special interesați de rolul declanșant al emoțiilor. Studiind o serie de 100 subiecți atinși de diferite tipuri etiologice de tahicardii paroxistice, Jouve (1961) a constatat : 1) că factorii psihopatologici sînt mai frecvent întîlniți la cei care sînt indemni de o cardiovalvulită subiacentă ; 2) că trăsăturile personalității isterice sînt caracteristicile nevrotice cele mai frecvente.

În sectorul *afecțiunilor cutanate* s-au făcut numeroase cercetări, pruritul, eczema, psoriazisul, urticaria, dishidroza fiind totdeauna descrise ca sindroame în care „factorul emoțional“ ar juca un rol important. O serie de psihanaliști consideră pielea ca o „zonă erogenă“ importantă, nu numai prin pipăit, dar și prin senzațiile de temperatură și uneori și prin cele de durere. Echivalențe de angoasă se pot manifesta ca tulburări cutanate (prurit anal și perineal, urticarie) (Fenichel).

Sindroamele alergice de orice fel sînt adesea exprimate prin afecțiuni cutanate. Studiile psihosomatice ajung la un portret psihologic al alergicului, care se aseamănă cu cel al astmaticului : angoasa pierderii dragostei mamei și inhibiția expresiilor emoționale rezultînd din această frustrație precoce (Ziwar). La psoriazici s-au scos în evidență aspecte nete de *psihastenie*. Acneicii sînt, dimpotrivă, timizi, hiperscrupuloși, perfecționiști. Localizarea psoriazică poate fi legată, uneori, de *conflicte* : la față și păr, cînd conflictul este afectiv sau familial ; la brațe și gambe, cînd conflictul este „pragmatic“ (profesie, bani) ; pe coapse și genital, cînd conflictul este sexual (analog și în pruritul vulvar (M. Bolgert).

Afecțiunile ginecologice sînt un domeniu predilect de manifestări psihosomatice. Sînt cunoscute amenoreele „psihogene“, dintre care unele sînt interpretate de psihosomaticieni ca un refuz nevrotic sau reacțional de a accepta „rolul“ feminin și matern. În mod analog, unele menoragii sau metroragii au fost interpretate ca o exagerare a sexualității feminine. Dismenoreea ar exprima o „apărare spasmodică și anxioasă“ împotriva feminității.

Diversele forme de tulburări ale menstrei pot succeda sau coexista. Bolnavele, mai ales nevroticele, sînt instabile în *atitudinea* lor. Teamă, apărare și dorință alternează adesea cu manifestările lor corporale. Trebuie amintită și amenoreea din cadrul anorexiei nervoase. Aceste bolnave sînt cufundate într-o violentă rezistență împotriva oricărei necesități de viață corporală, atitudine ce poate lua diferite aspecte și putînd atinge diferite intensități.

Condrau a propus interpretări psihosomatice pentru unele dureri ginecologice. Astfel, cefaleele vasomotorii, migrena și cefaleea zisă psihogenă ar fi frecvente atunci cînd atitudinea de apărare psihologică este

întreținută prin forța inteligenței și a voinței. Lumbalgiile ar indica o tulburare a ținutei interioare și a posibilității psihofizice de „a suporta". În fine, durerile în regiunea micului bazin (dureri anexiale, sindrom dureros al simfizei, pelvipatie vegetativă spastică etc.) ar indica o restrîngere patologică a „existenței" în domeniul genital specific feminin. La aceste femei, se găsesc adesea tulburări în relațiile umane, în special cu partenerul, decepții amoroase, abandon, solitudine, apărare împotriva unei totale îndepliniri a vieții sexuale, sau pierderea acesteia*.

O aceeași tensiune emoțională se poate găsi la baza a trei sindroame : fluor, incontinență și durere perineală ; ar fi vorba de o tulburare a raporturilor cu semenii în domeniul instinctului și al vieții profunde. Bolnavele luptă împotriva exigențelor extraordinarei lor vitalități, inhibiția putînd pleca de la ele înșile sau fiind impusă din exterior. Prill a atras atenția asupra faptului că societatea actuală solicită femeia pe o linie contrară esenței sale umane ; misiunea ei este de „a avea grijă" de alții. Spre deosebire de alți autori, el constată că problemele comunicării afective sînt mai importante decît cele sexual-genitale. Psihanaliza i se pare mai puțin adevărată terapeutic decît o „călăuzire sufletească personală".

Practicile nașterii fără dureri au primit atît o interpretare cortico-viscerală, cît și una psihosomatică.

Reumatismul psihosomatic este o noțiune care cîștigă teren. Antonelli susține că nu există reumatism fără o componentă nevrotică, distinctă de elementul psihologic consecutiv, de pildă, deformării anatomopatologice. S-a conturat un ansamblu de dispoziții caracterologice specifice ; ele predispun la maladie, o susțin, o complică, făcînd din reumatism (și chiar din *orice* variantă de afecțiune de acest tip) o realitate patologică care ține totodată de psihiatrie. „Personalitatea reumatismală" (sau psihoreceptivitatea la reumatism) se întîlnește la fetele unei mame autoritare și a unui tată șters sau absent.

După Antonelli „nevroza reumatismală" prezintă patru varietăți : 1) nevroza pură, sau „reumatism fără obiect", la care lipsește orice confirmare clinică, experimentală sau radiologică a simptomatologiei subiective ; 2) nevroza suprapusă, la care o formă organică dovedită s-a suprapus substratului nevrotic ; 3) nevroza reziduală sau „reumatismul nevrozat", unde elementul nevrotic, rămas latent în timpul bolii organice, se manifestă în mod brusc cînd perioada de boală organică s-a terminat ; 4) nevroza somatopsihică sau „pseudonevroza reumatismală", care nu este decît atitudinea unui subiect deprimat sau o iritație consecutivă invalidității produsă de boală (ca în gută sau în toate formele de reumatism de tip artrozic).

Gutoșii au un profil caracterial caracteristic : o mare aviditate la lucru, dar și în alte domenii (sport, sexualitate) — deci o aviditate de viață ; deși calmi în aparență, ei caută să evite întrebările precise, nu oferă medicului decît examenul personalității lor superficiale.

---

* După Iosif Macavei (1966), aceste algii se explică mai curînd fiziopatologic, ca urmare a congestiei pelvine „nesoluționată" prin orgasm. Anorgasmia determină întîi o vegetoză pelvină și secundar o „nevroză", oarecum în sensul pavlovist al acestui termen (viscerocorticală).

Rahialgiile, spondilozele, bolile spatelui de natură psihosomatică afectează de preferință trei regiuni. Regiunea cefei este legată de expresia tenacității, a încăpățînării ; sindromul cervical psihosomatic se constituie atunci cînd o astfel de atitudine cere un efort suplimentar cotidian : omul de afaceri — cu greutăți pe care le disimulează ; femeia care își ascunde o dragoste nefericită în spatele unei fațade surîzătoare. Regiunea toracică a coloanei este legată de exprimarea cronică a depresiunii și a anxietății. Să ne amintim că ținuta omului (dreaptă, curbată etc.) este foarte caracteristică pentru fire, atitudine, stare sufletească. Regiunea lombară este sediul durerilor „de oboseală" ; corespunzător, lombalgiile apar la persoane pentru care viața cotidiană este o sarcină greu de suportat, „strivitoare". Tensiunea emoțională își are corelativul său în contractura musculară (Weintraub), dar în tensiunea emoțională prelungită se produce o „somatizare" spondilopatică, chiar anchilopoietică. Din punct de vedere psihofarmacologic, sînt indicate medicamentele care acționează asupra sistemului limbic.

Obezitatea este o boală care, în multe cazuri, are un coeficient psihosomatic. Alby deosebește un element constituțional, un element „integrativ" (de intricare corporală și psihologică), un element de echilibru dinamic (uneori „tranzacțional") între sistemele psihofiziologice și un element care ține de cîmpul socio-economic și cultural (obezitatea n-are aceeași semnificație într-o țară musulmană și în Statele Unite). „Nivelul motivațiilor" în obezitate este divers. Cercetarea psihologică descoperă, ca date adesea esențiale, *valoarea emoțională* a hranei. Mîncarea poate „umple o lipsă" (Aubry) și poate calma anxietăți, sau sentimente de culpabilitate. La nevoi reprimate, se poate reacționa prin cerință alimentară. La copil, foamea este anxiogenă, iar suptul este calmant. În regresiune, se face apel la hrană pentru a liniști anxietatea. Obezitatea este, uneori, o apărare împotriva depresiunii. Hrana exprimă afecțiune sau agresivitate, după caz. La personalități imature, „orale" (la „toxicomanii gurii", Held) se găsesc fixări materne puternice, *ego* slab, caracter compulsional ; aceste persoane suportă cu greu frustrările și constrîngerile. Simțul realității este alterat la obezi ; se poate vorbi de un „refugiu în obezitate". Alby observă că orice obez dorește să fie iubit *așa cum este,* dar se îndoiește și caută mereu să fie asigurat. Uneori se poate descoperi tendința (autopunitivă) de a deveni urît ; unele adolescente „caută" să devină „obeze" atunci cînd se refuză feminității. Se mai constată frecvent defecte de activitate, aptitudine la pasivitate (Bruch). În sfîrșit există o tulburare a imaginii corpului (care contribuie la incapacitatea de autocontrol în ceea ce privește alimentația și greutatea), poate și o insuficiență a capacităților *de exprimare.*

Atunci cînd se grupează trăsăturile comune (psihogramele) tuturor acestor observații (și a observațiilor privind alte boli), s-ar putea desprinde o imagine, aceea a *personalității psihosomatice* (Halliday), subiect foarte fragil, la care se găsește o formă particulară de imaturație, în care psihismul pare insuficient de „înarmat" pentru a „distanța" anumite conflicte și pentru a le canaliza în conduite caracteristice ale vieții de relație. Conflictele se „descarcă" atunci în aparatul viscerovegetativ.

După Marty, M'Uzan și David, energia pulsională (în sensul pe care-l dau psihanaliștii acestui cuvînt) are trei linii de investiție : psihologică (activitate intelectuală, fantasme, expresie verbală) ; comportamentală (viață de relație) ; somatică (viscerală). În situația de regresie, proceselor complexe, evoluate și adaptative, li se substituie „scheme preformate" în domeniile respective : în domeniul mental (nevroze, psihoze) ; în domeniul muscular (contracturi și paralizii isterice) ; în domeniul visceral („nevroza de organ").



După această prezentare, să vedem, în rezumat, care sînt achizițiile practice și teoretice ale medicinii psihosomatice, ce au adus nou lucrările despre care am discutat și întrucît acest fel de a gîndi și de a practica medicina, deși are relații cu tradițiile, poate să depășească anumite poziții critice și să ridice noi probleme.

Mai întîi, medicina psihosomatică sugerează o orientare deosebită în ceea ce privește *etiologia bolilor*. Nu numai că se iau în considerație „factorii psihici" și (în special emoțiile) printre cauzele posibile ale bolii, ca elemente izolabile într-o serie de fapte legate într-un lanț cauzal, ci reconsideră ansamblul factorilor etiologici, într-o relație de cauzalitate complementară sau circulară, într-un „cîmp de tensiuni". Se depășește astfel opoziția dintre cauză organică și cauză psihică. Noțiunea lui V. Weizsäcker de *Gestaltkreis* implică un lanț circular cu verigi fizice și verigi psihice. În această privință, medicina psihosomatică reușește adeseori să pună corect problema relațiilor dintre agentul extern și teren, să utilizeze adecvat noțiunea de „prag" și cea de „criză", să sesizeze just importanța factorilor de apărare, imunitate sau autoagresiune etc.

Alt aspect pozitiv este acela al remanierii observației clinice prin luarea în considerare a biografiei și a situațiilor de viață. Medicina psihosomatică caută să facă o „patografie", adică să degajeze boala de eticheta de accident, pentru a o înțelege în semnificația ei, pentru destinul bolnavului și în raport cu trecutul acestuia. Cu ajutorul metodei corelațiilor biografice, este posibil să se tragă o serie de concluzii foarte instructive prin simpla confruntare a faptelor patologice cu evenimentele vieții. Alexander enumără principalele puncte din istoria individuală care ar trebui să fie explorate pentru a obține o patografie : constituție ereditară, traumatisme obstetricale, boli ale copilăriei, accidente fizice sau traumatice din copilărie, accidente afective din copilărie, climat afectiv familial, trăsături specifice ale părinților și ale anturajului, traumatisme fizice ulterioare, experiențe afective ulterioare (relații interpersonale și profesionale). Aici se poate încadra și „observația psihosomatică" sau „fișa psihosomatică" preconizată de Delay, pe care o poate face orice practician interesat de aceste perspective. Se pun în paralelă într-un tablou, an de an, datele medicale, psihologice și sociale elementare care se pot culege de la un bolnav (aceasta s-ar putea denumi *schemă psihosomatică*), din care se degajează adesea, ca dintr-un grafic, corelații frapante cu valoare de indicație (desigur ele necesită în continuare un studiu critic).

Dintr-un anume punct de vedere, medicina psihosomatică este o continuare a psihanalizei (primii adevăraţi psihosomaticieni au fost psihanalişti, ca Groddeck). Psihanaliza a apărut ca o psihologie *reacţională* la orientarea dominantă din medicina sfîrşitului secolului al XIX-lea — expresie a unui materialism disociativ strîmt, cu referinţe de bază în anatomia patologică şi în bacteriologie. Psihanaliza a introdus o perspectivă genetică, dinamică şi „globalistă". Dar, din alt punct de vedere, psihosomatismul se găseşte şi în prelungirea „fiziologiei lărgite" a lui P. Janet, Pavlov şi Cannon (fiziologia comportamentului, a emoţiilor etc.).

După H. Ey, contribuţia psihanalizei în patologia organelor şi a funcţiilor s-ar putea rezuma la două puncte : descoperirea importanţei patogene a frustraţiilor precoce şi punerea în evidenţă a corelaţiilor profunde dintre boală şi caracter.

Există multiple *şcoli psihosomatice* şi ele se deosebesc mai ales prin modul în care înţeleg omul.

La omul privit ca *homo reagens* (animal reactiv), manifestările psihosomatice sînt studiate : 1. pe baza reflexologiei pavloviste (F. Völgyesi, H. Kleinsorge şi F. Klumbies, N. Ischlondsky ; B. Klotz vorbeşte despre „reacţii corticosomatice), medicina psihosomatică, *în acest sens,* devine sinonimă cu medicina corticoviscerală ; 2. pe baza metodologiei behavioriste şi neo-behavioriste (S. Cobb, J. Masserman, E. Spiegel) şi 3. pe baza etologiei (Th. v. Uexküll, J. Groen).

La omul privit ca *homo naturalis,* este luată în considerare psihodinamica conştientă şi mai ales aceea inconştientă ; interpretată psihologic-intelectiv *(verstehend),* şi nu neurologic-cauzal. Analiza obiectivă este uneori înlocuită şi prin interpretarea simbolică a manifestărilor. În acest grup de şcoli (şi autori) intră majoritatea celor menţionaţi anterior : Fl. Dunbar (care a căutat profilurile de personalitate), F. Alexander (care, împreună cu „şcoala de la Chicago", au analizat simptomatologia vegetativă a emoţiilor), E. D. Wittkower (care a insistat asupra noţiunii de regresiune psihofiziologică), R. Mucchielli (pentru care boala este „o conduită printre altele" pe care *şi-o alege,* uneori, personalitatea morbidă) ş.a.

Pentru Dunbar, tendinţele în conflict sînt lupta şi fuga. Pentru Alexander, tendinţele în conflict sînt dorinţa de a primi (şi reţine) şi dorinţa de a da (sau a cheltui). Dependenţa infantilă, tendinţele agresive blocate şi narcisismul joacă un rol însemnat în interpretările şcolii de la Chicago.

Regresiunea restabileşte comunicaţiile strînse între „sferele" somatică şi psihică ; substituie acţiunii psihomotorii răspunsuri vegetative (Szasz) ; înlocuieşte comunicaţia externă interpersonală, cu o comunicare internă între sisteme de organe (Reesch) etc.

Omul privit ca *homo spiritualis* este mai curînd obiectul de cercetare al direcţiei *antropologice,* decît a celeia psihosomatice. Pentru P. Christian (1953), sîntem într-o dublă relaţie cu propriul nostru trup : „sîntem" acest corp, dar şi „îl avem" (adică îi dăm semnificaţie, sens). *Boala* însăşi (nu numai simptomul sau sindromul) trebuie interpretată „simbolic" în legătură cu semnificaţia (sensul) ei pentru existenţa *particulară* a bolnavului. Boala devine „simbolul" *acestei* existenţe (şi nu numai reflexul unei stări deosebite de receptivitate tisulară sau viscerală, al unui anumit „teren"). După V. v. Weizsäcker, boala poate veni în

întîmpinarea dorințelor noastre ; ele vin uneori la „momentul oportun“ — fără a fi, prin aceasta, simulări, sau autoagresiuni, sau autoexpuneri premeditate la primejdii. Boala este un *eveniment corporal,* care poate fi un „răspuns personal la o chemare“. După V.v. Gebsattel, boala poate fi expresia nevoii de a găsi solicitudine. După Freour și Serise (1954), există uneori, în viață, o atmosferă de dramă care „cheamă“ catastrofa ca singura soluție posibilă. Boala (de ex. tuberculoza), alături de nevroză și de deciziile desperate, realizează cîteodată „soluția“ unor probleme prea acute pentru subiect. Boala are o semnificație generală biografică, este o exteriorizare a unui *mod* de existență umană (R. Siebeck). Omul bolnav este „omul unei crize“.

A. Mitscherlich (1954) a vorbit despre *antropologie psihanalitică.* Boala este înțeleasă ca o dramă în care procesul somatic are o valoare psihică, iar cel psihic are o expresie corporală.



Străduințele psihosomaticienilor se pot caracteriza prin două mari obiective : a) acela de a aduce (de a introduce) „subiectul“ în științele naturii ; b) acela de a accentua asupra importanței patogene a „factorilor afectivi“. Nu ni se pare, în schimb, justificată accentuarea, pînă la unilateralizare, a importanței dinamicii inconștientului. Există boli somatice cu coeficient psihic conștient sau cvasiconștient, cum ar fi obezitatea. Optica *pur somatică,* biologizantă (care domină medicina de azi), poate fi privită ca o *aproximație* de interes practic a unei optici integrative ; a unei optici care acordă influențelor de mediu o eficacitate directă, ca și o eficacitate indirectă prin mijlocirea rezonanței subiective (afective, personale).

Pentru noi, una dintre justificările majore ale abordării psihosomatice este cea legată de explicarea *specificității* unor manifestări somatice complexe. Excitantul, stress-ul, procesul fiziologic, simptomul — au o semnificație (diversă, în mare măsură personală), în universul uman. J. Delay recunoaște mișcării psihosomatice merite indiscutabile în orientarea patologiei către organismul luat ca întreg, în sublinierea însemnătății „terenului“ ; îi găsește o încadrare pe linia tradițiilor hipocratice. „Personalizarea“ relației cauză-efect în patologie cere o analiză psihologică ; analiza neurologică rareori poate depăși stabilirea *specificității de tip* (tipospecificitate). Analizei psihosomatice i-a lipsit însă, de obicei, capacitatea de a sesiza dialectica alospecificității și idiospecificității — esențială pentru orice biologie și psihologie „personalistă“.

În sectorul „bolilor psihosomatice“, sau în sfera care cuprinde pacienții cu evidente „canale de interacțiune psihosomatică“, se petrec frecvent greșeli de diagnostic, atitudine, terapeutică : un întreg capitol al *iatrogeniei.* Medicația psihotropă poate da complicații și accidente mai neplăcute decît starea psihică ce s-a cerut influențată. Se poate spune că orice abordare unilaterală (numai pe linie biologică sau numai pe linie sufletească sau spirituală) a acestor boli (cum ar fi migrena, neurodermita, colita ulceroasă, astmul bronșic, ulcerul duodenal) sau a acestor bolnavi, riscă să genereze tulburări iatrogene, uneori foarte grave. O primă categorie privește acele fenomene psihice care au un determinism somatic ne-

glijat (în tulburări electrolitice, în hiperinsulinism, în porfiria intermitentă, în tumorile intracraniene, în insuficiența suprarenală etc.). O altă categorie de erori pornește din supraevaluarea factorilor psihologici (cu sedare medicamentoasă excesivă, de exemplu). De exemplu, o oboseală cronică, pusă pe socoteala unui conflict, poate traduce *psihic* (dar nu simbolic, sau reactiv) un *hiperparatiroidism.*

Logica simplistă a lui „sau/sau" (*sau* nevroză, *sau* somatoză) poate duce la nenumărate confuzii și erori terapeutice.

De resortul medicinii psihosomatice sînt și fenomene mai mult sau mai puțin frecvent întîlnite, cum ar fi :

1. *Efectul placebo,* adică sugestia vehiculată prin medicamente sau alte manevre terapeutice.

2. *Accentuarea simptomelor minore* ale unei afecțiuni organic-lezionale sau organic-funcționale, prin atitudine terapeutică neîndemînatică. Frecventă este „decompensarea" unei boli latente, prin exprimarea „fără menajamente" a diagnosticului „adevărat". Numeroase nevroze cardiace sînt generate sau întreținute iatrogen (sau psihoiatrogen).

3. *Adecvarea reciprocă medic-pacient.* Psihosomatica pune accentul nu numai pe latura sufletească și spirituală a bolii, ci și pe relația medic-pacient. Există numeroase cazuri în care boala se ameliorează — nu la schimbarea tratamentului, ci la schimbarea medicului.

În rezumat, psihosomatica recomandă o abordare, o poziție, o atitudine medicală în fața bolii și a bolnavului care este nu numai *de dorit* în practică, ci și *necesară.* Aceasta — deși, actualmente, întemeierea logică, metodologică, faptică, fiziologică și chiar psihologică a psihosomaticii este *lacunară* (Lunger și Shapiro, 1963).

Perspectiva informațională

Perspectiva informațională a fost adîncită, în patologie, pornind de la diferitele înțelesuri ale „informației". Pe linia care a fost definită cantitatea de informație de către Shannon (și entropia informațională), s-a accentuat asupra „șocului" produs de surpriză, de noutate, de complexitatea stimulilor, ca și asupra capacității limitate de transmitere a canalelor și de decodificare și prelucrare a instanțelor de recepție.

A. Restian și Popp au descris (1969) un sindrom de *agresiune informațională,* manifestat prin oboseală, anxietate, iritabilitate și insomnie. De fapt, funcționarea optimală a sistemului nervos cere o cantitate optimală de informație. Informația excesivă este anxiogenă, redundanța excesivă (subsolicitarea) duce de asemenea la oboseală, dar cu depresiune psihică și somnolență. Cantitatea optimală de informație ar putea fi numită *eundanță* (Pamfil și Ogodescu, 1974).

În lucrări recente, Restian a deosebit *semnalele* de *informația* pe care o poartă, referitoare la starea sursei emițătoare. Procesul de descoperire și evaluare a parametrilor sursei se face, în sistemul nervos, printr-o *superizare,* grație unor circuite care emit un semnal de ordin superior atunci cînd se recepționează o anume combinație de semnale de intrare. Reglajul cel mai eficace fiind cel anticipativ (*feed before*), organismul dispune de prelucrări probabiliste ale conexiunilor dintre fenomene (logică poli-

valentă). O suprasolicitare informațională face ca procesele de anticipare, de evaluare a informațiilor și de alegere a deciziilor să fie tulburate. Expresia biochimică la nivel central este concentrația catecolaminelor. O anumită concentrație este condiția, dar și efectul unei bune prelucrări informaționale.

Perspectiva informațională conectează patogenia bolilor psihice, psihosomatice, metabolice, infecțioase, imunitare, alergice, ca și îmbătrînirea și cancerul, într-un grup unitar. Aspectul informațional (la baza reglajelor cibernetice) permite sistemelor biologice să prevină sau să corecteze tulburări determinate de influențe substanțiale și energetice, dar totodată le face dependente de eventuale influențe negative ale unor cantități mici de substanță și energie (semnalele). În marea majoritate a bolilor *umane* sînt implicate tulburări ale informației. Dar interesante sînt perturbările proceselor de superizare. Dacă ele sînt afectate la nivelul cel mai jos, individul nu va putea recunoaște sursele semnalelor (agnozii). La niveluri mai ridicate, ele fac dificilă alegerea unei decizii (anxietate, nevroze). Formația reticulată lucrează cu semnale elementare ; ea activează formațiile superioare pentru prelucrarea semnalelor de ordin superior — însă o hiperactivitate a ei se poate repercuta asupra centrilor vegetativi și organelor interne *(stress)*. Dacă semnalele mai puțin caracteristice sînt dirijate spre același semnal superior, vom recunoaște aceleași stări în semnale diferite — ca în paranoia.

Filtrarea și superizarea informației din semnalele endogene are o mare importanță în răsunetul psihologic al multor boli organice.

Astfel se prezintă modelul informațional al lui V. Enătescu (1982). El distinge nivelurile : biofizic, biochimic, neuronal-sinaptic, circuite neuronale, rețele neuronale, noogen, al operațiilor logice nereflectate, filtrul verbalizării și al reprezentărilor figurative specific socializării și nivelul gîndirii logice reflectate. Nivelul neuronal sinaptic este abordat de fiziologie ; nivelurile 4—5 sînt domeniul predilect al neurociberneticii.

Perspectiva etologică

Etologia privește dintr-un nou punct de vedere lumea comportamentelor ereditare („înăscute"), lumea instinctelor. Pentru animalele superioare, această lume este legată de cîteva domenii de activitate, servind interesele individului și ale speciei : procurarea hranei, evitarea primejdiilor (mai ales a animalelor periculoase), cucerirea și apărarea unui teritoriu, sexualitatea și grija pentru progenitură, comunicarea intraspecifică, asocierile interindividuale, jocul, comportamentul social (cu stabilirea și restabilirea unor ranguri de ierarhie), învățarea (obișnuirea, dresajul), comportamentul „moral-analog". În cîteva dintre domeniile menționate se manifestă reacții de fugă, agresivitate (Lorenz), ritualizare, dar și de „tandrețe" (Eibl-Eibesfeldt). Resorturile organismice ale comportamentului sînt endogene (nervoase și hormonale), dar „declanșarea" reacțiilor este determinată de stimuli exteriori specifici (sau specificizați prin experiența individuală).

Transferul de observații zoo-etologice în psihologia și clinica umană nu este lipsit de interes. Se caută „rădăcinile" zoologice ale unor feno-

mene normale (nu numai fiziologice, ci și culturale), ca și ale unor manifestări anormale. La animale, activarea unui domeniu funcțional exclude actualizarea altora ; la om, aceste domenii se intersectează. În psihoze (Ploog), ierarhia consonanțelor situaționale se destramă, unele elemente suferă o disoluție, domină altele — și „ies la suprafață" reacții preformate, stereotipii motrice, reacții primitive (în sens zoologic : de exemplu, comportamentul social uman este înlocuit cu comportamente de tip zoo-social). Frica, fuga, agresiunea — fac parte dintre acestea. Neliniștea motorie, atît de evidentă în menajerii, seamănă cu agitațiile unor bolnavi. Mecanismele de integrare și cele inhibitorii sînt cele mai fragile. La oameni, ca și la animale, se pot produce nevroze prin conflict între apetență și aversiune, prin inadaptarea la „nou", prin limitarea libertății de mișcare, printr-un „vid" de preocupări de direcționare. La primate, ca și la om, dezvoltarea personalității este subminată prin separarea puiului de mamă, cu consecințe asupra vieții sexuale și afective. Fazele de mare fragilitate sînt cele legate de restructurări hormonale (pubertate, sarcină, ablactare, climacteriu). Lorenz, Zweig (1959) au descris *regresiuni* spre faze ontogenetice timpurii (de exemplu, spre fazele infantile de negativism, sau spre faza anală ori chiar spre cea orală) în situații nevrotizante și chiar în urma unor traumatisme moral-analoage (de pildă, cîinele care și-a mușcat, din greșeală, stăpînul pe care-l iubește) sau în urma retragerii afecțiunii (Zweig, 1959). S-a vorbit și despre o „ontogeneză" a ritualizării (Erikson, 1968). Obișnuința nu poate fi încălcată fără tulburări consecutive nici la animale — dînd manifestări similare cu nevroza compulsivă (F. Rauh), cu actele magice sau superstițioase (Thorpe, 1968). La om, formele nevrotice sînt favorizate de situația sa de animal „autodomesticit", de aglomerările de populație, de similitudinea între orașele „moderne" și parcurile zoologice (D. Morris), de lipsa unor canale de eliberare pozitivă a agresivității prin mișcare (la popoarele „primitive" există mai multe posibilități — prin jocuri, dans, cîntec, competiții sportive amicale etc.).

E. Fromm a arătat că „anatomia agresiunii" cuprinde nu numai o componentă zoologică, ci și una specifică umană. Deci, am spune că, alături de „bestialitate", există — din plin — și „răutate".

Constituţie şi tip

Despre tipologie

Metoda tipologică este o metodă comună mai multor ştiinţe (ale naturii şi ale societăţii), cu o largă întrebuinţare în ştiinţele despre om. Gîndirea tipologică a avut epocile sale de glorie, care au coincis în general cu epocile de glorie ale hipocratismului ; întemeierea ei *ştiinţifică* a avut loc aproximativ între 1900 şi 1940. Gîndirea tipologică a avut însă şi epoca ei de discreditare ; la discreditarea (nejustificată) acestei gîndiri a contribuit neînţelegerea rolului *metodologic* al tipologiilor şi înţelegerea nedialectică a noţiunii de tip. Înţelegerea nedialectică înseamnă, între altele : afirmarea determinismului *exclusiv* ereditar al constituţiei (neglijînd rolul mediului) ; supraevaluarea rolului constituţiei în etiologie ; afirmarea imuabilităţii constituţiei (ceea ce duce la un oarecare „nihilism" terapeutic). Este nedialectică ideea după care, între notele caracteristice ale unui individ ce întruchipează un tip (şi între notele caracteristice, definitorii ale tipului) există o legătură necesară, obligatorie, fără excepţii : se pierde din vedere, astfel, caracterul *ideal* (nu empiric !) al tipului, ca şi caracterul *contradictoriu* al individualităţii.

Aceasta înseamnă că tipul este o *schemă de referinţă,* aşa cum este şi tabloul clinic al unei boli. Valoarea tipologiei este orientativă. Tipul nu coincide cu individul. Tipurile sînt categorii gnoseologice. Tipul nu este un „prototip" al umanităţii, nu are înţeles de model exemplar, de *valoare* ideală. A face tipologie înseamnă, pur şi simplu, a renunţa la ideea „omului în genere", la ideea omului — abstracţie, la ideea „omului-mijlociu". A recunoaşte (sau postula) *mai multe tipuri* nu înseamnă nici a sugera o *ierarhie* a lor : nu se poate susţine că un anumit tip constituţional, rasial, psihologic etc. este *global inferior* sau *global superior* altui tip. În caracterologii, de pildă, ne interesează *forma mentis* şi nu *gradus mentis.*

Care este utilitatea *încadrării* individului într-un cadru tipologic, utilitatea *etichetării* sale tipologice ? Unele tipologii sînt adecvate pentru cunoaşterea individului. Tipologia *medicală* urmăreşte cunoaşterea reactivităţii actuale a pacientului, a corelaţiilor intraindividuale, a particularităţilor sale metabolice : ca atare ea pune accentul pe criteriile care pre-

zintă cel mai pregnant *dinamica* relațiilor sale *schimbătoare* cu mediul și preferă acele note care sînt strîns contopite în structura funcțională a persoanei. Numai în cazuri rare, individul poate fi considerat ca un *exemplar tipic*, ca o concretizare perfectă a tipului, ca o personificare a esențelor relevate de tipologie. Tipul este mai bogat în „esențe", în timp ce individul este mai bogat pe latură fenomenală.

Pentru Allport, tipul este un *punct de plecare*, un instrument propedeutic. Tipologia este „o jumătate de drum către individualitate"; tipurile („ideale") sînt scheme de comprehensibilitate (Spranger).

Prin folosirea tipologiilor, medicul urmărește mai multe obiective *distincte* :

1. Situarea individului în raport cu intervalul de normalitate. *Orice* însușire se cere a fi judecată în cadrul *variantei* constituționale respective (un cord orizontalizat are altă semnificație la un longilin și la un brevilin). *Standardul unic* de referință se cere înlocuit, de aceea, prin mai multe *standarde-tip* ; media globală se cere înlocuită prin medii pe grupe. Reacțiile la același excitant pot fi diferite, de la o grupă tipologică la alta, nu numai ca intensitate, ci și ca *sens*.

2. Rezumarea unei liste de caractere printr-un cuvînt. Diferitele tipologii au elaborat o galerie de tipuri împreună cu nomenclatura lor ; prin referire la ele, asimilăm înfățișarea individului examinat cu unul dintre tipurile din galerie, exact ca și cum le-am compara cu personajul unui portret celebru dintr-o pinacotecă. Folosirii tipologiilor în acest sens nu i se poate impune nici o restricție de ordin principial. Pentru cel care urmărește o *descriere plastică* cu ajutorul tipologiilor, tipologia folosită este impusă chiar de caracteristicile particulare ale individului descris. Un exemplu de utilizare în acest sens ar fi etichetarea unui individ ca „tip venețian".

3. Schițarea unui tablou stilizat (sau chiar „caricatural") al individului, în care scoatem în evidență, prin sistematizare, un ansamblu de caractere pe care-l considerăm important pentru o anumită problemă : *teoretică*, — sau *practică*, de orientare a acțiunii. De pildă, longilinearitatea, finețea trăsăturilor, vioiciunea fiziologică și psihologică pot fi legate deseori de tonusul dominant al glandei tiroide. Folosirea uneia sau alteia dintre tipologii este impusă de natura problemei pe care o avem de rezolvat. În sexologie sau în endocrinologie, nu putem face abstracție de alcătuirea morfologică a individului, în timp ce tipul de activitate nervoasă superioară (după I. P. Pavlov) este un element ce nu poate fi neglijat — într-o cercetare de psihiatrie.

4. Deducerea, pornind de la unul sau mai multe caracteristici-cheie observate efectiv („stigmate") a altor însușiri (îndeosebi a unor însușiri de reactivitate) cu care primele sînt strîns legate. Acel clasic *habitus apoplecticus* semnalează predispoziția la apoplexie. Legătura aceasta este, desigur, statistică, ea poate fi „adevărată în general și falsă în (unele) cazuri particulare". Extrapolarea pe care o facem trebuie să fie prudentă, avînd mai mult caracterul unor orientări în adîncirea explorării individului. Asupra acestei *funcții metodologice* a tipologiilor, se cere să ne oprim.

5. Unele tipologii au un rol didactic (sistematizarea mnemotehnică a unui material) sau unul taxonomic (schemele servesc pentru clasifica-

rea faptelor şi a obiectelor, iar raportarea individului la ele se face pentru identificare, pentru diagnostic, pentru „determinare").

Metoda tipologică reprezintă, prin trei dintre obiectivele schiţate mai sus (nr. 1, 3, 4) o cale de cunoaştere *mijlocită* a esenţialului şi a individualului. Intervenţia practică ne pretinde să alcătuim o schemă aproximativă despre individ, suficientă pentru scopurile noastre (şi nu reconstituirea tuturor detaliilor, dintre care multe sînt accidentale, indiferente pentru problema pe care o avem de rezolvat). „Tipurile" sînt scheme de referinţă între care diverse detalii sînt îmbinate organic între ele ; rezultă fie o imagine aproape intuitivă, vie, reflectînd îmbinarea de însuşiri care este frecvent constatată empiric, fie o schemă avînd înţeles cauzal, biologic sau fiziopatologic. De multe ori, schema empirică este iniţial „explicată" fantezist, dobîndindu-şi abia mai tîrziu (sau mult mai tîrziu) înţelesul ştiinţific. Astfel, temperamentele hipocraticilor au fost legate în antichitate de proporţia în care se face amestecul „umorilor fundamentale" şi abia I. P. Pavlov, la începutul secolului al XX-lea, le-a găsit întemeierea în însuşiri ale activităţii nervoase superioare. Tipologiile s-au născut : 1) inductiv, empiric, prin observaţie statistică sau printr-o „intuiţie" cvasiartistică ; 2) prin elaborare raţional-deductivă. În acest ultim caz, întîlnim frecvent opoziţii polare *(tip* şi *antitip),* iar criteriul (punct de vedere) de la baza tipologiei (ce se apropie de o *clasificare* exhaustivă) este abstract. Alte tipologii de mare interes descriptiv (de ex. tipologia astrologică) sau practic (de ex. tipologia homeopatică) nu şi-au găsit încă o interpretare ştiinţifică.

Pentru ca tipologiile să fie utile ca o cale spre cunoaşterea individualităţii, este necesar să avem la dispoziţie tipologii cuprinzătoare, diverse, pentru a putea alege, în cazul concret, pe cea corespunzătoare problemei ce trebuie s-o rezolvăm. De pildă, un endocrinolog are nevoie, drept călăuză, în primul rînd de o tipologie endocrină.

Trebuie subliniat faptul că încadrarea tipologică *nu este* o clasificare : un individ poate să „aparţină" la tipuri *diferite* (de exemplu, într-o oarecare măsură poate fi schizotim şi în oarecare măsură poate fi ciclotim). Desigur, el poate fi caracterizat în *acelaşi timp* de pe platforma mai multor tipologii (abordare politipologică, prin contrast cu abordarea monotipologică). Prinsă în plasa mai multor tipologii, „individualitatea nu ne mai scapă".

După H. A. Paul pot fi folosite azi, în practică, numeroase tipologii bine întemeiate dintre care unele caracterizează *tipuri totale* (Ph. Lersch), iar altele *tipuri parţiale.* Un tip *psihofizic total* este cel care reuneşte caracteristici psihice şi spirituale şi caracteristici fizice într-un complex coerent. Tipurile lui Kretschmer sînt *tipuri totale* în sens larg. Tipuri parţiale sînt, de exemplu, tipurile de percepţie, de gîndire, de imaginaţie. *Oricare însuşire* poate fi punctul de plecare al unei tipologii cu tipuri parţiale. Tipurile totale în sens restrîns, referitoare la viaţa sufletească şi spirituală, sînt obiectul de studiu al *caracterologiei.*

N. Mărgineanu deosebea tipologiile care ţin seama de structura psihică, de *biotipologii,* care încearcă definirea tipului de bază prin criterii biologice şi psihologice (eventual şi sociale). R. B. Cattell deosebea *tipu-*

rile-specie (empirice, populare, discontinui) de *tipurile-continui* (cu însușiri ce pot fi așezate într-o scară, cu variante extreme) și de *tipurile-sindrom* (combinații de calități și atribute precizate științific, de „factori").

Constituție și biotipologie

Constituția cuprinde note permanente și „esențiale" (*habitus* fizic și psihic). Ne interesează în primul rînd notele de *reactivitate* (incluzînd și modalitățile de *ripostă*) și, îndeosebi, cele care țin de *întreg* organismul (fenotip) și de *persoană.*

Gîndirea tipologică modernă este strîns legată de *medicina constituțională* (sau „medicina constituționalistă"). Deși continuă tradițiile multimilenare ale medicinii hipocratice, medicina constituției reapare pe firmamentul medicinii europene în mare măsură ca o reacție la patologia *localicistă* a lui R. Virchow („patologia celulară") și la *etiologismul* extrem al epocii postpasteuriene (acest curent postula caracterul — predominant sau exclusiv — *exogen* al cauzelor bolii).

Medicina biotipologică cuprinde orientările constituționaliste care au folosit sistematic gîndirea *tipologică.* Spre deosebire de „medicina persoanei", care pune accentul pe ceea ce este unic, individual, singular în bolnav — medicina tipologică caută să contureze tipuri constituționale. Spre deosebire de diferitele caracterologii (care țin seama exclusiv de latura psihologică a individului) și de somatotipologii (care țin seama exclusiv de latura somatică) — *biotipologiile* postulează corelații dintre habitusul fizic și trăsături importante ale vieții sufletești. Aceste corelații au fost intuite încă de către medicina hipocratică și de către astrologie (tipuri planetare și tipuri zodiacale).

Somatotipologii mai bine cunoscute sînt cele elaborate de către raseologi (tipurile mediteranian, alpin, dinaric, osteuropoid, nordic etc.), de către Cl. Sigaud (1908) și Mc Auliffe (tipurile respirator, digestiv, muscular, cerebral), de către R. Allendy (tonic-atonic, plastic-aplastic cu combinațiile lor) etc. „Clasificarea" lui Eppinger și Hess (1914) în vagotonici și simpaticotonici, la care D. Danielopolu a adăugat pe amfotonici, este tot o *somatotipologie.*

Frenologia — ca studiu al psihologiei individului bazat pe particularități *craniene,* ca și *fiziognomonia,* care se ocupă cu cunoașterea caracterului pornind de la trăsăturile somatice, în special ale feței, sînt „anticipări" ale biotipologiei. Alte anticipări ale gîndirii biotipologice pot fi considerate cercetările școlii franceze de psihiatrie din secolul al XIX-lea; cu Morel și Magnan, ele au căutat să impună ideea după care psihopatiile și psihozele apar la individ cu tare fizice de „degenerescență". Pe aceeași linie, se înscriu lucrările școlii italiene de „antropologie criminală" condusă de Cesare Lombroso. După cum se știe, Lombroso susținea — eronat — existența unui tip somatopsihic de criminal „înnăscut", al altuia de prostituată „înnăscută" etc. Nu putem preciza în ce măsură aceste lucrări reprezintă *spiritul școlii* într-un mediu cultural specific. Fapt este că popularizarea și refundamentarea științifică a noțiunii de tip constitu-

țional a început de asemenea în Italia, în cadrul școlii de anatomie (De Giovanni 1880, Viola, 1909) și ulterior — în cadrul școlii de endocrinologie (N. Pende, 1922).

În ultimii ani, dominați de gîndirea eredobiologică (*genetică* — în sensul restrîns al acestui cuvînt), orientarea constituționalistă a suferit critici de principiu. Reactivitatea și tendințele evolutive ale individului nu pot fi puse exclusiv pe socoteala genotipului. Ceea ce știm, din patologia generală, despre rolul sistemului nervos și al sistemului endocrin în determinarea particularităților de reactivitate ale „terenului individual", sprijină acest punct de vedere. În deceniul al cincilea al secolului nostru, evidențierea importanței diencefalului (și în special a sistemului hipotalamohipofizar) pentru troficitatea și pentru viața vegetativă, instinctivă și afectivă a organismului — a sugerat în mod legitim — „localizarea" rădăcinilor constituției în această zonă (Ch. Richet și Marañon, 1947 ; C. Belciugățeanu, 1948). Firește, zonele cerebrale superioare (inclusiv corticalitatea) au o parte însemnată în determinarea temperamentului și — mai ales — a caracterului.

Tipologia lui Kretschmer

E. Kretschmer (1921) a utilizat o metodă empirică, ectoscopic-descriptivă, întrebuințînd antropometria și testele psihologice ca pe procedee adjuvante. Punctul său de plecare este psihiatric. Psihozele ar fi *rare exagerări* ale unor mari grupe temperamentale (caracteriale) răspîndite printre oamenii normali. Există, cu multă probabilitate, o legătură între temperamente („caractere") și predispoziția morbidă. Dar mai pare să existe și o corelație între forma corpului și tipul de psihoză endogenă de care este afectat individul, ceea ce se verifică și în cazul normalității (ca o corelație între constituția corporală și *forma mentis)*. Nu este vorba de un *paralelism* între diferitele planuri ale ființei, ci de o unitate structurală a ființei, expresie a unui același „nucleu" al persoanei. Acest „nucleu" poate fi căutat în diencefal, cu participarea esențială a complexului funcțional hipotalamohipofizar. Un puternic curent constituționalist a „simpatizat" (între anii 1935—1945) cu ideea după care tipul schizotim-leptosom este, de fapt, un tip de *insuficiență* hipotalamohipofizară.

Ca și constituționaliștii italieni, Kretschmer distinge trei tipuri morfologice fundamentale (dintre care două sînt tipuri extreme) cărora le corespund trei tipuri fundamentale de temperament, mentalitate, „caracter" :

1. *Tipul picnic* se caracterizează prin cap rotund (frecvent cu chelie), față rotundă, gît scurt, breviliniaritate, trunchi plin și rotund, membre subțiri (cele inferioare fiind relativ scurte). Din punct de vedere psihic, picnicii reacționează ca persoană unitară ; sînt *sintoni* (E. Bleuler) și sociabili — comunicînd și fiind în acord afectiv cu ambianța. Ei sînt preocupați mai curînd de aspectele concrete ale realității, de aspectele globale, de relații. Sînt mai curînd „empiriști". Viața lor sufletească se desfășoară prin oscilații (cicluri) între euforie și depresiune, prin perturbarea așa-nu-

mitei *proporții diatezice*. Tipul caracterologic corespunzător celui picnic-somatic este cel *ciclotim* (ciclotimic), varianta premorbidă fiind *cicloidia* (prezentă la *cicloizi*).

2. Tipul *leptosom* (cu varianta sa extremă : tipul *astenic*) se caracterizează prin față ovoidă uscățivă, gît lung, corp subțire, torace lung și plat, longiliniaritate (leptomorfie, dolicomorfie), adipozitate (și musculatură) reduse. Tipul caracterologic corespunzător este *schizotimul* — tipul premorbid fiind *schizoidul*. Afectivitatea schizotimului nu este unitară (coexistă tendințe și aprecieri diverse și chiar antagoniste, *ambivalente*), atenția este divizibilă. Ei sînt (sau par) închiși, enigmatici, reci, indiferenți la lumea din jur sau chiar ostili față de mediu — așadar nesociabili. Conduita lor este frecvent neadecvată, bizară. Gîndirea lor este abstractă, cu capacitatea de a sesiza detaliile ; există o predilecție pentru neobișnuit. Viața sufletească a schizotimilor este complexă, profundă, spasmodică, proporția de „elemente contrarii" schimbîndu-se prin crize și sacade (și nu lin, prin ondulații, ca la sintoni). Oscilațiile se fac între polul obtuz și cel iritabil, între insensibilitate și hipersensibilitate, între apatie și afectuozitate (prin perturbarea așa-numitei „proporții psihestezice"). Dintre leptosomi se recrutează mulți teoreticieni, formaliști, sistematicieni, fanatici.

3. Tipul *atletic* se caracterizează prin corp înalt, de construcție solidă ; capul este adesea rotund, corpul este bine proporționat (mediolin, mezomorf). Atleticul este liniștit în mișcări, mai curînd greoi ; imaginația este redusă, dar perseverența este remarcabilă. Radicalul constituțional al vieții „atletotimilor" este „viscozitatea psihică" (Kretschmer și Enke, 1935), dar întreruptă de manifestări paroxistice, *explozive*. De altfel, predispoziția neuropatologică este către epilepsie, iar cea psihiatrică, către intemperanță și catatonie.

Alături de aceste tipuri „normale", Kretschmer deosebește și tipuri *displastice* (net „anormale", submorbide sau chiar morbide), de exemplu gigantismul eunucoid, adipozitatea distrofică etc.

S. Eitner a arătat că tipologia lui Kretschmer devine mai maniabilă în cercetările medicale curente dacă se face o „corecție pentru continuitate", deosebindu-se următoarele categorii : astenici, leptosomi, leptosomi-atletici (aceste trei categorii alcătuiesc „aripa stîngă"), atletici, atleto-picnici, picnici (aceste două ultime categorii alcătuind o „aripă dreaptă").

După K. Conrad, picnomorfismul se apropie de tipul morfologic și psihologic infantil, în timp ce varianta leptomorfică este aceea care prezintă trăsăturile maturității.

Tipologia lui Sheldon

Cercetările biotipologice ale *școlii americane* sînt ilustrate de către rezultatele lui W. H. Sheldon. În clasificarea formelor constituționale pe care o propune, Sheldon folosește o nomenclatură embriologică, ținînd seama de dezvoltarea și de rolul în economia organismului a derivatelor celor trei foițe embrionare.

1. Tipul „visceral“ este tipul *endomorf*: „rotund“, afabil, iubitor de comodități, de spectacole și de tovărășie, curios și tolerant, satisfăcut de sine însuși, atașat de familie și de trecut.

2. Tipul *mezomorf* are sistemul muscular și cardiovascular bine dezvoltate : puternic, plin de energie, poate dur, curajos, combativ și chiar agresiv, iubitor de aventură și de excitații, cu tendințe dominatoare, trăind mai ales în prezent.

3. Tipul *ectomorf* are sistemul nervos dezvoltat și sensibil. Este de obicei slăbănog și fragil, cu mișcări dizarmonice, dar cu reacții fiziologice vii. Este foarte sensibil la durere. Iubitor de singurătate, nesigur de sine, introvertit și poate egoist, ectomorful așteaptă fericirea de la viitor.

Diagnosticul somatotipului se face folosindu-se o scară care merge de la 1 la 7. Tipurile extreme sînt notate 7.1.1., 1.7.1. sau 1.1.7., arătîndu-se astfel participarea componentelor endomorfă, mezomorfă și ectomorfă la alcătuirea somatotipului. Gîndirea lui Sheldon este, așadar, o gîndire *factorială*. Scara este aplicată unor măsurători obținute din 17 diametre ale corpului. Metodologia lui Sheldon este deci *biometrică*. Tipurile umane frecvent întîlnite se caracterizează prin formula 4.4.3. sau altele asemănătoare. Este de menționat, de asemenea, că W. Sheldon încearcă să reînvie obiceiul de a compara tipul fizic și temperamentul uman, cu o specie animală, vorbind despre tipul leopard, viespe, lup, leu de mare, balenă etc. Acest obicei se întîlnește la Della Porta în secolul al XVI-lea și la Lavater, în secolul al XVIII-lea.

După Sheldon, temperamentul este „amestecul“ a trei componente primare : viscerotonia, somatotonia și cerebrotonia. Predominanța viscerotoniei (legată de endomorfism) înseamnă o viață orientată spre asimilarea și spre conservarea energiei. Predominanța somatotoniei (legată de mezomorfism) înseamnă o viață orientată spre mișcare, spre utilizarea viguroasă a energiei. Cerebrotonia (legată de ectomorfism) se manifestă prin inhibarea exprimării viscerotonice și somatotonice, cu hipersensibilitate. Viscerotonia este o orientare infantilă ; somatotonia — una tinerească ; cerebrotonia — una matură sau chiar bătrînească.



Analogă biotipologiei lui Sheldon, biotipologia lui M. Martiny vorbește despre endoblast, cordomezoblast și ectoblast. Endoblasticul (care se „suprapune“ parțial peste digestivul lui Sigaud și peste brevilinul astenic al lui N. Pende) este un hipoevoluat pseudoinfantil. Mezoblasticul este un respirator (brevilin stenic) ; cordoblasticul — un muscular (longilin stenic), iar ectoblasticul este un cerebral (longilin astenic). Fiecare tip are caracteristici biochimice, metabolice, endocrine, psihice — ca și predispoziții morbide conturate mai mult sau mai puțin clar. Ceea ce este îndeosebi de reținut, pentru noi, este concluzia lui Martiny după care patologia mentală este o patologie a *mixotipurilor*. Endomezoblasticul poate deveni un criminal sadic ; ectocardoblasticul este predispus la psihastenie ; ectoendoblasticul s-ar întîlni frecvent printre perverșii sexuali etc.

Caracterologiile

Dacă Aristotel cunoştea „un fel de a fi" propriu indivizilor *(ethos, habitus)*, „caracterele definite prin trăsături distinctive" apar la Teofrast (sec. IV î.e.n.), mai ales ca o descriere de defecte tipizate. Pe aceeaşi linie a „portretelor" merge şi La Bruyère, iar ideea de caracter este o idee de bază în literatura morală clasică. În psihologia ştiinţifică, este de reţinut opera de pionerat a lui Descuret (1842), intitulată *Médicine des passions*, şi opera *fundamentală* a lui Ribot (1892).

Dacă admitem definiţia lui Le Senne (1930), după care caracterul este „ansamblul dispoziţiilor care formează scheletul mental al unui om", caracterologia trebuie să includă şi reconsiderarea tipologiei hippocratice. O astfel de reconsiderare au încercat-o printre alţii, Heymans şi Wiersma (1908), I. P. Pavlov.

Legarea particularităţilor temperamentale şi caracterologice de particularităţi *funcţionale* ale organismului (reflexologie, endocrinologie, sistem vegetativ) şi a celor caracterologice de factorii sociali — sînt obiective complementare ale oricărei cercetări caracterologice moderne. Cercetarea rolului *vicisitudinilor vieţii individuale,* în formarea caracterului a fost efectuată, mai ales de către psihanalişti.

Caracterologia lui Heymans, Wiersma, La Senne

În multe caracterologii moderne se simte influenţa lui Gross care a vorbit (1902) — în cadrul dinamicii psihice — despre o *funcţiune primară* (consumarea resurselor nervoase primitive, corespunzînd unei activităţi mentale pozitive) şi despre o *funcţiune secundară* (reconstituirea resurselor cheltuite corespunzînd şi persistenţei experienţelor trecute). Preponderenta funcţiunii primare dă o reactivitate şi o adaptabilitate uşoară, spirit practic, aderenţă la concret, forţă a impulsiunilor. Preponderenţa funcţiunii secundare duce la absorbţie de către viaţa interioară, abstracţii şi amintiri : personalitatea este lipsită de unitate, *rezonanţele* afective sînt însemnate. „Secundarii" pierd în întindere ceea ce cîştigă în profunzime. Ţinînd seama de acest punct de vedere, Heymans (1907), în urma prelucrării a 2 000 de chestionare, a „transformat" doctrina clasică hipocratică într-o caracterologie empirică, deosebind patru tipuri cu predominenţa funcţiunii primare (amorful, nervosul, sanguinicul şi colericul) şi patru tipuri „secundare" (apaticul, sentimentalul, flegmaticul şi pasionatul).

Opoziţia „primar/secundar" se referă în primul rînd la însuşirea reacţiei de a fi *imediată* sau *tardivă şi elaborată.* Dar această opoziţie corespunde, într-o oarecare măsură, şi la opoziţiile ciclotim/schizotim, prezentist/non-prezentist (Paulhan), extravertit/introvertit (Jung), dilatat/retractat (Corman), extratensiv/intratensiv (Rohrschach). De predominanţa patologică a funcţiunii primare s-ar lega stările maniace, iar de predominanţa funcţiunii secundare s-ar lega schizofrenia ca şi stările paranoiace.

Şi Le Senne (1930, 1945) foloseşte răsunetul reprezentărilor, (după Gross), dar alături de emotivitate şi activitate (criterii luate în considerare de Heymans şi Wiersma) ; cele trei însuşiri fundamentale în două variante (activ şi non-activ, emotiv şi non-emotiv) dau naştere la $2^3=8$ „tipuri-repere“, care sînt chiar tipurile acestor autori. Iată-le exemplificate cu personalităţi celebre, şi notînd totodată unele tendinţe (sau predispoziţii) morbide*.

— nervoşii (E, nA, P) : Byron, Verlaine, Loti, Musset, Stendhal (psihonevroze emotive, isterie, mitomanie) ;
— sentimentalii (E, nA, S) : Amiel, Rousseau, Vigny, Kierkegaard (nevroză ; melancolie ; neurastenie ; psihastenie ; schizofrenie) ;
— pasionaţii (E, A, S) : Napoleon, Pascal, Louis XIV, Zola, Goethe, Hegel, Comte, Descartes, Bossuet, Nietzsche, (paranoia) ;
— colericii (E, A, P) : Danton, Beaumarchais, Hugo, Casanova (manie) ;
— sanguinicii (nE, A, P) : Bacon, Voltaire, Talleyrand, Giraudoux ;
— flegmaticii (nE, A, S) : Kant, Joffre, Bergson, Franklin, Taine (raţionalism morbid) ;
— amorfii : (nE, nA, P) : Louis XV
— apaticii (nE, nA, S) : Louis XVI (perversiuni).

Însuşiri complementare luate în considerare la edificarea caracterologiilor moderne mai sînt : lărgimea cîmpului de conştiinţă ; „aviditatea“ care corespunde egocentrismului (dar nu egoismului sau tendinţelor conservatoare) ; orientarea generalizantă (sintetică) sau particularizantă (analitică) a inteligenţei. După Gaston Berger (1950), mai putem ţine seama de următoarele *proprietăţi tendenţiale :*

— polaritatea „marţiană“ (a impune) sau „venusiană“ (a seduce) ;
— tandreţea (altceva decît altruismul sau decît „bunătatea“) ;
— forţa intereselor senzoriale (inclusiv interesul pentru artă) ;
— pasiunea intelectuală (tendinţa de a „utiliza inteligenţa“, indiferent de capacitatea acesteia ; gustul ideilor, al analizei psihologice, al dificultăţii „teoretice“.

Fiecărei variante caracterologice îi corespunde o atitudine faţă de boală şi faţă de medic, după cum s-a străduit să arate Torris şi după cum vom detalia la momentul oportun.

Acestor variante caracterologice le corespunde şi o anumită atitudine faţă de medicină şi faţă de bolnavi, *din partea medicului,* (Tilitchéef).

Alte caracterologii

1. Caracterologia psihanalitică (S. Freud, Ana Freud ş.a.) priveşte caracterele curent întîlnite ca fiind fixări sau arierări la stadii infantile ale dezvoltării lui *libido sexualis* (caractere : oral, anal, uretral, falic, narcisic, masochist) — în timp ce caracterul „genital“, franc dezvoltat, este un ideal rareori atins.

2. Tendinţele de a găsi opoziţii *polare* în lungul unei dimensiuni se întîlnesc şi la caracterologie. Încă Fr. Schiller opunea pe *naivi, sentimentalilor ;* Nietzsche deosebea pe *apolinic* de *dionisiac,* C. Spitteler (1881) vorbea despre Epimeteu şi Prometeu. O. Gross distingea pe *reflexivi* şi pe

* E = emotiv, nA = non-activ, P = primar.

expansivi, Worringer (1911) opunea „obiectivizarea" propriei sensibilități *(Einfühlung)* — abstracțiunii. W. James clasifica pe filozofi în *raționaliști* („fixați" pe idee) și în *empiriști* (atenți la fapte). W. Ostwald (1903) opune tipul de savant *clasic* (temeinic, profund) celuia *romantic* (rapid, impetuos, nesistematic, poate superficial). Se remarcă multe corespondențe cu tipologia lui I. P. Pavlov și Ivanov-Smolenski, bazată pe predominanța *primului* sau celui de-*al doilea* sistem de semnalizare.

3. C. G. Jung (1921) deosebește două tipuri iraționale : *perceptivul* și *intuitivul* — și două tipuri raționale : *afectivul* și *reflexivul*. Fiecare dintre ele poate să se asocieze unui tip fundamental de comportare, atitudine, orientare : *extravertitul* (îndreptat spre lumea exterioară) și *introvertitul* (interiorizat). Fiecare dintre atitudini poate fi, în sfîrșit, activă („voită") sau pasivă („suferită"). Extraversiunea înseamnă dirijarea spre obiect a energiei psihice, interes pentru realitate, adaptare pînă la identificare. Destinul extravertiților este determinat de obiectele intereselor lor. Introvertiții sînt cei care pun accentul pe „realitatea subiectului", care determină în mare măsură și destinul. Extravertitul reflexiv este raționalist ; cel emotiv este isteroid ; cel perceptiv este senzual („epicureic") ; cel intuitiv este „intuitivul" vorbirii curente. Introvertitul reflexiv este filozoful de „tip kantian" ; cel afectiv este un om care se consumă în viața sa interioară ; cel perceptiv este un fantezist irațonalist ; cel intuitiv poate ajunge un vizionar sau un artist fantast. Cu elemente mixte se profilează *ambivertul*.

H. J. Eysenck a propus (1963) următoarea schemă a relațiilor dintre genotip (indentificat întrucîtva abuziv cu „factorii constituționali") și fenotip (identificat, în psihologie, cu comportamentul observabil). La bază se găsește echilibrul dintre excitație și inhibiție. Mai ales sub influența condiționării se ajunge la tipul extravertit respectiv introvertit, legat de trăsături primare ca : sociabilitate, impulsivitate, activitate etc. Influențele de mediu, acționînd în continuare, generează atitudini, adică obiceiuri de gîndire.

Pentru H. J. Eysenck, extravertitul se caracterizează printr-o puternică și promptă inhibiție *corticală* (în timp ce introvertitul se caracterizează prin comportament *inhibat*). Inhibiția corticală înseamnă inhibiția centrilor superiori inhibitori și ca atare este o dezinhibiție a comportamentului. Condiționarea se face deci mai dificil la extravertiți, ceea ce are importanță în patogenia nevrozelor (și, poate, a criminalității). Nevroticii condiționează rapid și astfel dobîndesc un mare număr de răspunsuri emoționale puternice și maladaptative. Criminalii condiționează greu și astfel dobîndesc cu greu răspunsurile condiționate adaptative care constituie comportamentul socializat. Mai precis, bolnavii psihosomatici, ca și obsesivii și anxioșii, se recoltează mai ales din grupul introvertiților ; psihopații, delincvenții și criminalii sînt mai ales extravertiți, dar au un mare grad de *neuroticism*. Istericii sînt întrucîtva extravertiți, la un grad comparabil de structură nevrotică cu nevroticii distimici.

5. Vexliard a propus înlocuirea cuplului „extraversiune-introversiune" prin cuplul *aloplastie* și *autoplastie*, pentru a exprima aspecte mai esențiale ale relațiilor dintre individ și mediu. Sînt relații de reacție și

de adaptare — şi nu de atitudini. Aceste două caracteristici pot lua o formă *activă* sau *pasivă* şi astfel clasificarea întîlneşte vechea doctrină a celor patru temperamente.

a) Autoplastia activă caracterizează pe cei uşor *adaptabili* la schimbarea mediului, prin *modificarea* propriului mod de a fi (om sociabil cu sociofilie multilaterală).

b) Autoplastia pasivă se adaptează în mod selectiv ; este posibil ca mediul social convenabil să se reducă la unul singur (sociofilie unilaterală). Persoana e *adaptată.*

c) Aloplastia activă caracterizează pe cei care se adaptează la mediu modificîndu-l efectiv. Persoana concepe şi realizează o transformare a mediului (ceea ce merge mînă în mînă cu un oarecare autoritarism, sau cu abilitate). Persoana este un *adaptator.*

d) Aloplastia pasivă este caracteristica nemulţumiţilor *inadaptabili,* adesea utopişti ; ei concep pretutindeni transformări posibile (şi necesare), dar de obicei nu sînt capabili să le realizeze.

După cum se poate observa, tipul a) este un extravertit sociabil, iar tipul b) un introvertit sociabil ; tipul c) este un extravertit autoritar (un somatotonic după Sheldon), iar tipul d), un introvertit asocial (corespunzînd, poate, viscerotonicului).

6. Termenii *autoplastic/aloplastic* au fost folosiţi de Ferenczi (1924) pentru variante de adaptare. Schachtel (1959) şi Heath (1965) folosesc termenii *autocentric/alocentric* pentru a desemna stadii ale dezvoltării *cognitive.* A. Meyer (1932) a utilizat termenul *alotropic* pentru cel preocupat de ceea ce fac sau gîndesc alţii.

7. *Caracterologia psihiatrică* s-a constituit pe baza apropierilor dintre caractere şi unele sindrome psihopatice, nevrotice şi psihotice. Una dintre variante a fost elaborată de către Achille Delmas şi Boll şi detaliată de către şcoala psihologică de la Cluj sub conducerea lui P. Ştefănescu-Goangă.

Ştefănescu-Goangă, Al. Roşca şi S. Cupcea vorbesc (1938) despre *instabilitatea emotivă* descriind următoarele *constituţii* situate la limita normalului (sau a patologicului) şi care pot fi diagnosticate prin teste şi chestionare :

1. *Constituţia paranoidă,* cu hipertrofia eului, egocentrism şi egofilie, manifestări megalomanice şi — implicit — conflicte cu obstacolele exterioare. De aici, idei de grandoare şi de persecuţie, care patologic se pot *sistematiza* (psihoze de interpretare şi revendicare).

2. *Constituţia perversă (moral insanity)* cu amoralitate, lipsă de afectivitate şi de disciplină, cruzime.

3. *Constituţia cicloidă,* cu oscilaţie între agitaţie dezordonată şi depresiune, între hiper- şi hipoactivitate, între exces şi lipsă de energie. Excitaţii şi depresivii constituţionali nu sînt decît variante ale acestui caracter, cu predominarea unui aspect.

4. *Constituţia hiperemotivă* (Dupré) este caracterizată printr-o exagerare difuză a sensibilităţii şi insuficienţa inhibiţiei reflexe şi voluntare (sensitivitate, impresionabilitate, anxietate, impulsivitate, reacţii vegetative).

5. *Constituţia schizoidă* se defineşte prin introversiune, apragmazie, detaşare de mediu, slabă sociabilitate, ambivalenţă, autism.

La acestea se adaugă stări nevrotiforme cum ar fi *constituția psihastenică* (sentiment de insuficiență și irealitate, cu fobii, obsesii, idei fixe), *neurastenia* (cu fatigabilitate, cenestopatii, insomnie, ipohondrie), *constituția isteroidă* (cu explozii emotive, sugestibilitate, fugă în boală și în spectacol, dificultăți în adaptarea afectivă). *Constituția mitomaniacă* (Dupré, Delmas și Boll) cuprinde stigmatizarea isteroidă plus tendința nativă, aproape irezistibilă, către fabulație, minciună și simulare.

Tipuri de activitate nervoasă superioară

Cercetările școlii lui Pavlov au căutat de-a lungul mai multor decenii să pună studiul comportamentului pe o bază fiziologică cu ajutorul unor metode obiective — metodele de studiu ale activității reflex-condiționate, să stabilească diferitele tipuri de activitate nervoasă superioară la animale (în special la cîini) și să arate importanța acestor tipuri pentru înțelegerea particularităților de comportament la om, în cazurile normale ca și în cele patologice.

Activitatea nervoasă pe care o prezintă animalul reprezintă, după I. P. Pavlov, rezultatul contopirii trăsăturilor înnăscute (ereditare) cu variațiile determinate de mediul extern : *caracterul* este *fenotipic*. *Însușirile* luate în considerare au fost *energia* proceselor fundamentale (excitație, inhibiție), *echilibrul* lor și *mobilitatea* lor. Dintre tipurile care rezultă prin combinarea variantelor acestor însușiri, importanță practică au numai *patru ;* ele corespund, la om, celor patru *temperamente hipocratice*. Caracteristicile fundamentale ale sistemului nervos își imprimă pecetea asupra „întregii activități a fiecărui individ".

De fapt, nu există superpoziție perfectă între caracteristicile neuro-tipologice și caracteristicile comportamentale. În cercetarea persoanei trebuie să se acorde mare atenție deosebirii dintre reacțiile variabile și reacțiile tipice și, de asemenea, trăsăturilor *de caracter*. Pentru psihologia medicală este foarte important să se distingă *fondul temperamental constituțional* de rezultatul influențării temperamentului prin boală (de obicei, bolile cronice sau serioase *slăbesc* sistemul nervos și-l dezechilibrează).

Tipul puternic dezechilibrat corespunde colericului : este excitabil și combativ, tahipragic și tahipsihic, iritabil și energic, dar lesne epuizabil. În funcție de educație, poate manifesta trăsături despotice și de brutalitate, sau de organizator. Exemple ilustrative sînt Casanova, Beaumarchais, Danton, V. Hugo — iar dintre medici, Clémenceau și N. Gh. Lupu.

Tipul puternic echilibrat mobil corespunde sanguinicului : este omul activ și „înfierbîntat", viguros, jovial, cu tendința de a exagera și de a fi „satisfăcut de el însuși" ; este foarte adaptabil. Exemple ilustrative sînt : Bacon, Voltaire, Talleyrand, Goethe (în tinerețe), Marx ; dintre medici citām pe Rabelais și I. P. Pavlov.

Tipul puternic echilibrat (inert) este flegmatic, egal, insistent, perseverent, calm. În funcție de nivelul de dezvoltare a personalității poate fi un inactiv, leneș, sau un activ metodic. Ca exemple citām pe Erasmus, Franklin, Kant (?), Taine, Bergson, Coșbuc, Slavici, iar dintre medici, pe J. Locke.

Tipul slab este „melancolicul", cu sistem nervos evident inhibabil. Celulele corticale se epuizează rapid sub influenţa excitanţilor puternici (sau a celor monotoni acţionînd îndelungat) şi apare inhibiţia supraliminară. Inhibiţia externă este mare, iar cea internă iradiază lesne (deşi poate fi slabă). Procesul de excitaţie este slab şi este slabă şi inhibiţia internă activă. Tipul slab se prezintă sub numeroase variante şi este ilustrat de creatori ca Rousseau, Vigny, Chopin, Amiel.

Tipul de activitate nervoasă superioară ţine, în mare măsură, de raportul dintre cortex şi centrii subcorticali şi de raportul dintre primul şi cel de-al doilea sistem de semnalizare.

I. P. Pavlov şi şcoala sa au arătat că reprezentanţii tipurilor slab şi neechilibrat sînt cei mai vulnerabili în ce priveşte afecţiunile neuropsihice. Cei ce aparţin tipului slab sau puternic neechilibrat sînt predispuşi bolii hipertonice şi bolii ulceroase ; ulceroşii care aparţin ultimului tip au o evoluţie mai dureroasă cu frecvente complicaţii, dar remisiunile sînt mai lungi. La bolnavii cu tip puternic, poliartrita reumatică are un caracter mai acut şi evoluează ciclic şi favorabil ; la cei cu tip slab, evoluţia este ştearsă, trenantă şi gravă. La tipul inhibabil sau excitabil, evoluţia intoxicaţiilor este mai îndelungată şi mai dramatică — ea fiind favorabilă la reprezentanţii tipului puternic echilibrat.

Pentru terapeut este de mare însemnătate concluzia că *reacţiile farmacodinamice* sînt diferite, în funcţie de tipul de A.N.S. Şi pentru laic este importantă această concluzie, de vreme ce experimente instructive au fost efectuate cu ajutorul cofeinei — substanţa excitantă din cafea şi din ceai (A. Athanasiu, V. Enescu şi C. Iota, 1957). *Echilibrarea* proceselor nervoase dereglate necesită o terapeutică *diferenţiată tipologic* (luminal la tipul excitabil, bromuri la tipul slab ; cînd este slabă *atît* excitaţia *cît şi* inhibiţia — asocierea bromuri+cofeină ; cloralhidrat la tipul inert).



Pentru psihologia şi pentru medicina umană este necesară o tipologie care să ţină seama de *cel de-al doilea sistem de semnalizare. La homo sapiens* au apărut, s-au dezvoltat şi s-au perfecţionat *semnale de-al doilea ordin,* semnale ale primelor semnale, sub forma sunetelor articulate. Cuvîntul este, în primul rînd, un „al doilea semnal al realităţii". *Vorbirea* introduce „un nou principiu în activitatea emisferelor cerebrale" — legat de abstractizare, generalizare : *gîndirea umană.* În urma activităţii primului sistem de semnalizare, reflectarea realităţii este *concretă, în imagini ;* în urma activităţii celui de-al doilea sistem, ea este *abstractă, în noţiuni.*

I. P. Pavlov a arătat că, practic, se întîlnesc tipuri *mixte* şi tipuri cu *predominanţa* unuia dintre sisteme. Tipul *cu predominanţă a primului sistem de semnalizare* este *tipul artistic ;* predominanţa celui de-al doilea sistem de semnalizare defineşte *tipul gînditor.*

Prin exagerarea patologică, aceste tipuri dau *isteria,* respectiv *psihastenia.* Diagnosticarea apartenenţei la unul dintre aceste tipuri este foarte importantă pentru *adaptarea psihoterapiei.* Receptivitatea la hipnoză este maximă la cei care aparţin tipului artistic. După Ivanov-Smo-

lenski s-ar putea vorbi mai bine de oameni la care predomină *evident* gîndirea imaginativă-emotivă și de oameni la care predomină *evident* gîndirea verbală abstractă. La primii (care sînt impresionabili și emotivi) există un interes deosebit față de muzică, teatru și literatură și față de științele descriptive, — în timp ce la ultimii există un interes special pentru probleme abstracte.

Indicațiile lui I. P. Pavlov nu au fost înțelese întotdeauna corect. *Tipul artistic* nu este, de fapt, un „tip de artist" — ci un tip cu o deosebită dispoziție reprezentativă, cu o puternică afectivitate (fiecare eveniment psihic devine ocazia unei emoții) — de unde și o receptivitate particulară pentru opera artistică (afectivitatea este simpatetică); cu o cuprindere globală, sintetică și intuitivă a realității și cu o imaginație figurativă care nu ignorează detaliile. Expresia este sugestivă și vie, spontană; „logica" predominantă este o logică „afectivă".

Tipul gînditor se caracterizează printr-o mare putere de abstragere și de schematizare; gîndirea are la rîndul ei un caracter ideatic, cu o slabă coloratură afectivă. Realitatea este cuprinsă segmentar, analitic — elementelor desprinse din ansamblu li se recunoaște o „viață relativ independentă". Gîndirea este astfel precisă și pătrunzătoare, dar adesea ezitantă, critică, sceptică. Paulhan a observat cu multă ascuțime de spirit că există o *diversitate* de tipuri analitice (observatorul, clasificatorul, criticul). Tipul gînditor vede în obiectul individual conceptul general, *ideea*. Imaginația este combinatorie și discursivă, mergînd de la detalii la unitate (în timp ce tipul artistic merge de la unitate la detalii). Spontaneitatea este înlocuită cu dezvoltarea logică și cu metoda. Expresia este clară, precisă, impersonală. În timp ce tipul gînditor vede mai ales formele (chiar goale de conținut), tipul artistic nu neglijează formele vii, concrete și emoționante.

I. P. Pavlov a remarcat că reunirea într-o singură persoană a unui *mare* gînditor și a unui *mare* artist reprezintă o mare raritate în istoria omenirii și a căutat să dea o explicație neurofiziologică a acestui fapt.

Tipologie și asimetria emisferelor cerebrale

Observații neuropsihologice mai vechi, ca și cercetări recente asupra pacienților ce au suferit transsecțiunea corpului calos (comisurotomie), au dus la convingerea că cele două emisfere cerebrale nu sînt echivalente nu numai din punctul de vedere al localizării centrilor vorbirii (prezenți, în majoritatea cazurilor, în emisfera stîngă), ci și din punctul de vedere al altor funcții psihice determinante pentru modul de contact cu realitatea exterioară și „interioară". Se vorbește de o asimetrie cerebrală, de o dualitate a creierului și a minții (Oppenheimer, 1977), consecință a unei specializări emisferice (Pribram). Lucrările cele mai sistematice se datoresc lui Sperry și Levy (1968 ș.u.). Lateralizarea funcțională este exprimată grosier prin opoziția dreptaci/stîngaci; diferențierea cu stabilizare a împărțirii funcțiilor pe emisfere are loc în primii ani după naștere (Turkewitz, 1977), deși asimetriile morfologice (temporale și frontale) există și la făt (Wada). Emisfera stîngă este mai aptă să recepționeze

stimulii la experienţa trecută, în timp ce emisfera dreaptă este mai aptă să prelucreze stimuli ce nu sînt uşor de identificat şi de reperat. Cînd cele două emisfere sînt separate chirurgical, fiecare dintre ele este capabilă să susţină o „conştiinţă" independentă, sau măcar autonomă. Datele neurofiziologice pot fi apropiate într-altfel de tema literar-filozofică a dualităţii naturii umane, a conflictului interior (într-altfel decît prin opoziţia „verticală" între cortex şi subcortex, între social-cultural şi biologic etc.). O apropiere se poate face cu ceea ce psihanaliştii (urmărindu-l pe Freud) numesc procese *primare* şi procese *secundare* (Galin, 1977). Emisfera dreaptă foloseşte, într-adevăr, un mod non-verbal de reprezentare (probabil imagini), raţionează printr-un mod non-linear de asocieri (rezolvă problemele mai ales prin convergenţă de determinanţi, decît printr-un lanţ cauzal), este superioară în sesizarea relaţiilor dintre parte şi întreg (se orientează „holistic"), cuvintele pe care le „posedă" nu sînt organizate pentru a fi utilizate în propoziţii, ci în metafore şi simboluri. Dacă admitem că emisfera stîngă poate suprima unele activităţi ale emisferei drepte, sau opri accesul unor produse ale acestei activităţi (Bogen), înseamnă că se poate admite şi o activitate *deconectată* a emisferei drepte, care ar interveni în refulare şi în psihismul subconştient. Imaginile sînt un mod de funcţionare mentală mai legate de afectivitate.

Factorul critic în dezvoltarea specializării laterale ar fi interacţiunea competitivă între emisfere, competiţie susţinută de factori culturali, educaţionali, de exerciţiu. În achiziţionarea filogenetică şi ontogenetică a limbajului, emisfera dreaptă suferă o restrîngere a posibilităţilor sale funcţionale : un „revers al medaliei", dar şi cea stîngă renunţă în mare parte la capabilitatea de a interveni în manipularea obiectelor din spaţiu (Gozzaniga). O „perspectivă antropologică" culturală arată cum apar diferenţe de frecvenţă şi exprimare a stîngăciei, dar şi a stilului cognitiv, legate de diferenţe de sex (Dawson, 1977). Emisfera stîngă se maturează mai lent deoarece, pentru copilul mic, repertoriul din domeniul somatosenzorial şi vizuospaţial este mai important pentru adaptare (Whitaker şi Ofemann).

Eccles preferă să vorbească despre emisferele *dominantă* şi *minoră*, prima avînd legătură strînsă cu conştiinţa, cu ideaticul, cu conceptualul, cu analiza detaliilor, cu aritmetica (este un creier de tip „computer"), cealaltă cu muzica, cu pictura, cu sinteza, cu geometria. Lobul prefrontal al emisferei dominante este locul predilect de legătură între „lumea" conştiinţei de sine şi „lumea" culturii.

Tipuri spirituale

Şi tipurile spirituale sînt „întreguri", şi ca atare ne sînt date intuitiv, deşi pot fi adîncite prin analiză. Pentru a ne orienta operaţia de *sistematică* (sau de sistematizare), recurgem, pe de o parte la *tabelele de valori*, pe de altă parte la cercetarea atitudinilor în *situaţiile-limită*.

Valorile alcătuiesc lumea de preocupări a axiologiei. Omul poate fi caracterizat prin „tropismul către valori" (*axiotropism*, Eug. Speranţia) şi prin *voinţa de a fi valoare*. Există (sau poate exista) o infinitate de spe-

cii de valori ; ele nu pot fi traduse în realitate (realizate, posedate etc.) simultan — şi astfel apar în concurenţă, conflict, coliziune. Omul trebuie să *aleagă* ; rezultă ordonări ale valorilor după rang, ierarhizări, *tabele*. Interesul tabelelor de valori (cum le-a numit Nietzsche) stă tocmai în această *ierarhie* a lor, diferită nu numai de la o epocă social-istorică la alta, ci şi de la un individ la altul. Formularea explicită şi „justificarea" unei asemenea ierarhii alcătuieşte o *doctrină despre viaţă (Lebenslehre)*, fiecare dintre ele reprezentînd una dintre valori ca pe un ţel demn *(télos)*, ca pe un *summum bonum*. La Cicero (ca şi la Plato, de altfel) „virtuţile cardinale" erau *sapientia, fortitudo, temperantia, justitia*. În lumea creştină, ţelul suprem era *sofia*, cunoaşterea spectaculară şi intuitivă a Creatorului, care duce la credinţă, dragoste, speranţă. La Plato şi la Aristotel, cunoaşterea este un *scop în sine*, poate un scop suprem — în timp ce, la Cicero, cunoaşterea care nu duce la acţiune nu se bucura de un respect deosebit ; la creştini, *valoarea* cunoaşterii era în funcţie de orientarea ei către creator. Nietzsche scria că viaţa este *oricum* suportabilă, dacă este privită ca experienţă de cunoaştere. Această idee are o valoare psihoterapeutică reală şi „suportivă" pentru *homo theoreticus*. Chiar moartea poate fi privită (cu o justificare discutabilă) drept o *supremă* experienţă de cunoaştere. Nu numai pasiunea *nobilă* a cunoaşterii, dar şi simpla *curiozitate* poate fi utilizată, pe această linie, în sens „psihosuportiv". Dar ordonarea *ierarhică* nu este singura atitudine faţă de multiplicitatea valorilor ; există tipuri umane care reuşesc performanţa aprecierii lor oarecum estetice după izolarea lor, în timp ce la altele — valorile se găsesc în continuă *luptă*, luptă care poate duce la subordonare (temporară) sau la excludere.



De mare interes — nu numai ergonomic, ci şi medical — ni se pare tipologia propusă de Franziska Baumgarten, care deosebeşte un tip (extrem) legat de operă, de realizare *(Werkgebunden)* şi un tip legat de viaţă *(Lebensgebunden)*. Pentru primul, scopul vieţii este realizarea prin muncă, activitatea constructivă sau creatoare. În oamenii aparţinînd acestui tip acţionează un „instinct" care-i îndeamnă să „facă" şi să lucreze — indiferent dacă este vorba de o creaţie artistică sau ştiinţifică, sau de o treabă de meseriaş. Munca le poate absorbi întreaga existenţă, pînă la „fanatism" (Nietzsche scria undeva că el nu doreşte *noroc*, ci *realizare*). Tipul legat de muncă (activitate, operă) nu poate fi nefericit atîta timp cît poate munci cu *rezultate*. Munca este aproape un scop în sine — şi nu un mijloc pentru dobîndirea unor avantaje materiale sau/şi morale. De fapt, tipul *Werkgebunden* este un „caracter *final*", care trăieşte în virtutea unui *ţel* şi care adeseori îşi organizează viaţa după un plan care să asigure atingerea ţelului. Tipul acesta cuprinde oameni *fideli* operei lor şi gata oricînd la *sacrificiu* pentru realizări de interes suprapersonal. Legătura afectivă cu ceea ce „fac" este atît de puternică încît ea le poate perturba existenţa cotidiană şi sănătatea.

Pentru tipul legat de viaţă, viaţa nu este o „valoare prealabilă" sau o condiţie pentru realizări, ci *bunul suprem*. Munca este o obligaţie poate penibilă — nu o „necesitate vitală". Participarea la bucuriile vieţii

este „idealul" cotidian. Ceea ce este „trăit" de către persoană *nu* este prelucrat pentru o ulterioară realizare obiectivă, ci *savurat*. Viața acestui tip decurge în mai mare măsură după întîmplare, „văzînd și făcînd". Pentru primul tip „opera domină omul", pentru celălalt „omul este mai prețios decît opera". Primul se bucură de opera *sa* și înfrumusețează prin ea viața altora; tipul „legat de viață" își înfrumusețează viața sa (uneori cu opera altora) și se bucură de *existență*. Persoanele concrete sînt în general tipuri mixte (de exemplu Goethe și *chiar* Einstein).

Atitudinea față de boală este, desigur, diferită de la un tip la altul — dar aceste aspecte nu au fost studiate (nici măcar semnalate!) de către autoare. Boala poate împiedica *realizări* sau numai accesul la bucuriile zilnice ale vieții. Pentru un tip *Werkgebunden* este mai ușor de obținut buna folosință a boli˙ (suferința poate *stimula* creația; creația poate deveni un sens al vieții cu infirmități). În cazul bolilor cronice sau cu prognostic infaust, recomandațiile terapeutice și igienice trebuie să țină seama de apartenența la un tip sau la altul. Pentru mulți creatori, importantă este supraviețuirea *în operă,* iar optima folosință a zilelor care mai pot fi trăite este munca întru realizarea a ceva obiectiv, transpersonal. Compozitorul I. Stravinsky, la bătrînețe, ezita să se trateze medicamentos pentru boli și suferințe reale, de teamă să nu i se altereze forța de creație.

„Analiza destinului" la L. Szondi

Cercetările lui Szondi (începute în 1931) tind să acrediteze ideea că tropismul către anumite valori depinde în mod complex de factorii familiali și ereditari; în virtutea lor, individul „își alege" nu numai partenerul în dragoste sau în prietenie, sau profesia *(operotropism),* ci și boala *(morbotropism)* și — uneori — forma de moarte *(tanatropism).*

Opera lui Szondi (mult controversată chiar și în Occident) încearcă să stabilească o punte între psihologia abisală și genealogie; ea se ocupă (după expresia autorului) cu *genealogia inconștientului,* încercînd să descifreze conflictele „prepersonale", „familiale", ale „inconștientului familial". Alături de inconștientul personal (despre care a scris S. Freud) și de inconștientul colectiv (despre care a scris C. G. Jung), Szondi introduce un al treilea sector al inconștientului, manifestat prin solicitări și tendințe atavice. O idee centrală a lui Szondi este aceea după care inconștientul se exprimă nu numai prin simboluri și prin simptome, ci și prin *alegeri;* există, după autor, un limbaj al alegerilor *(Wahlsprache).* Față de potențialitățile ereditare, ca și față de tendințele și solicitările moștenite genealogic, eul ia poziție prin aprobare și aderare sau prin refuz (adică prin „înot împotriva curentului strămoșesc"). Ultima eventualitate este compatibilă cu sănătatea și cu randamentul *numai* prin socializarea și umanizarea acestor cerințe, pe un plan mai înalt. Individul este însă *cel mult* fenotipic sănătos; în genotip, se găsesc tendințe atavice latente morbide. Boala mentală înseamnă o irupere a acestor pulsiuni latente.

O altă ipoteză a lui Szondi este următoarea: aceeași genă care „în doză totală" duce la boală sau la moarte, în „doză unică" *(în refracta dosi*

sau *in dosi diminuta)* — adică la parametri „normali" — *crește* vitalitatea individului. Terapia preconizată este extragerea omului din „carapacea" iluziilor sale și confruntarea cu realitatea, obligîndu-l la o poziție *personală*, la restructurarea *liniei sale de destin*. Pentru că în fiecare om există mai multe potențialități (corespunzătoare multiplelor „figuri dinamice" din genealogie), bolnavul poate fi ajutat să-și aleagă destinul *potrivit*. Bineînțeles, destinul nu este determinat numai de pulsiuni ; mai intervin un destin *rațional* și unul *social* etc.

Szondi distinge, referindu-se la bolile psihice, „cercuri genetice" *(Erbkreise)*, fiecare dintre ele avînd relații cu un *sistem de pulsiuni*. În afară de cercul schizoform *Sch* și de cel circular, *C*, el distinge unul paroxismal *P* (cuprinzînd tulburări epileptiforme și isteriforme) și unul *S* legat de bolile pulsiunii sexuale (perversiuni și tendințe agresive). Cercul *Sch* este centrat pe pulsiunea eului *(Ich-Trieb)*, iar cercul *C*, pe pulsiunile de *contact* (interuman). Fiecare dintre acești *vectori* este alcătuit din *factori*, și anume : *h* (hermafroditism, homosexualitate), *s* (sadism), *e* (epiletoid) *hy* (isteroid), *k* (catatonic), *p* (paranoid), *d* (depresiv), *m* (maniac).

Fiecare dintre cele patru pulsiuni fundamentale (cu variantele sale) are caracteristici în ce privește : 1) manifestările fiziologice, normale, sociale ; 2) manifestările social-pozitive, pozitive la extrem ; 3) manifestările extrem-negative, patologice, *delictuale*, tanatogene (sinucidere etc.).

Menționăm că, după L. Szondi, mulți ginecologi, sexologi, cosmeticieni aparțin tipului *Sh* (profesiuni „feminoide"). Profesiuni „androide" (potrivite pentru tipul *Ss*, cu componentă „sadică") ar fi cele de chirurg, stomatolog, anatomist, soră de operație. Organizatorii de sănătate sau medicii legiști sînt — după acest autor — tipuri *Pe*, „vedetele" sînt *Phy*, iar profesorii și cercetătorii — *Sch-k ;* farmaciștii și psihiatrii, *Sch-p*.

Studiind gemeni, Szondi a căutat să măsoare participarea factorilor ereditari și de mediu — la constituirea celor opt factori. Factori mezolabili, influențabili ușor prin educație, ar fi *e, s, d* (poate și *hy*) ; factori greu influențabili ar fi *p, h, k*.

Constituție și tipologie în homeopatie

Deși homeopatia are ca principiu *individualizarea* tratamentului, pe baza unor remedii cu patogenezii complexe, bine conturate, gîndirea în „categorii" tipologice nu a fost străină nici lui Hahnemann, care a deosebit grupe diatezice, constituții morbide, „miasme" (psora, sycosis, syphilis). Prima tipologie „chimică" se datorește lui Grauvogl, care a deosebit trei *stări*, cu corespondențe în biotipologiile alopatice sau homeopatice ulterioare (H. Bernard, 1951) :

a) hidrogenoidul, corespunzător sycozei grase, *carbonicului*, tuberculismului florid, entoblasticului, hipercorticosuprarenalilor ;

b) carbonitrogenicul, corespunzător *sulfuricului* stenic spre scleros, mezoblasticului, supraîncărcării de retenție ;

c) oxigenoidul, corespunzător unui metabolism accelerat, cu deshidratări prin tulburări de catabolism, *fosforicului*, ectoblasticului, hipertiroidianului.

Nebel (1930) a deosebit tipurile carbo-, fosfo-, fluoro-calcice, dar L. Vannier, este cel ce a definit *paranormalul* prin „intoxinații", legînd carbonicul de psoră, fosforicul de tuberculoză și fluoricul de lues. După Vannier, constituția înseamnă „ceea ce este dat", prin ereditate mai ales, și se apreciază static, cinematic și dinamic. Aceste *prototipuri* se schimbă cu vîrsta, din douăzeci în douăzeci de ani *(metatipuri)*; ele nu sînt pure, ci predominante. Temperamentul este „ceea ce devine" (prin vîrstă și mediu). El este studiat sub unghiul corespondențelor mitologice și planetare (tipologie astrologică : Luna și Venus corespund la temperamente limfatice, Jupiter la cel sanguin, Marte la cel bilios, Saturn la cel atrabiliar sau melancolic, Mercur și Soarele-Apollo, la cel nervos) — și cu remedii corespondente sau convenabile. Diagnosticul temperamentului se face și prin morfologie.

Zissu (în jurul anului 1960) distinge predispoziția morbidă, constituția, temperamentul, diateza și „intoxinația". El este unul dintre cei care au subliniat importanța unor „numere-cheie" în tipologii (cele mai întîlnite fiind tipologiile binare, ternare și cuaternare). El constată că tipologia are, în homeopatie, „aderenți onești, dar și adversari înverșunați" (ca Kollitsch, Voisin). Pentru practică, el admite :

a) că sulfuricul normal poate evolua și se poate angaja patologic înspre artritism și alergie ; înspre *psoro-sicoză* (sulfur gras, cu remediu cardinal — *Natrum sulfuricum*) sau înspre *psoro-tuberculoză* (sulfur slab, cu remediu cardinal — *Natrum muriaticum)* ;

b) că evoluția carbonicului este spre *-oze* (sicoză invadantă, scleroze, malformații) ;

c) că angajarea patologică a fosforicului este spre *-ite* (boli inflamatorii, demineralizare, hipertiroidism).

Sicoza nu ar fi o constituție, ci un complex autonom (poate o suferință reticuloendotelială, Iliovici). Cît despre fluorism (distrofic anexat fosforismului de H. Bernard), el ar avea o bază etiologică largă (alcoolism, consanguinitate, viroze *intra-partum,* politoxine, mai puțin sifilis).

Zissu mai deosebește o fază *stenică* și una *astenică* în evoluția modelajului patologic al constituției (relativ stabile) și al temperamentului (variabil, cu stadialitate de vîrste). În felul acesta, se stabilește o corespondență cu tipologia lui Allendy (tonic-atonic, plastic-aplastic) și cu tipologia lui Corman (dilatat, retractat). Dilatatul astenic ar corespunde la *Calcarea carbonica,* cel stenic — la *Sulfur* gras ; retractatul astenic — la *Calcarea phosphorica,* iar cel stenic — la *Nux vomica ;* cel concentrat — la *Aurum ;* cel dispersat — la *Iodium.* Pe aceste elemente de permanență se înscriu tulburările efemere reactive, „stările" susceptibile de a fi tratate cu remediile individualizate, remedii care (după cum vom arăta în alt capitol), au, în patogeneza lor, o abundență de note și simptome psihologice.

Retrospectivă

Trecerea în revistă a unor biotipologii și caracterologii ni s-a părut utilă din mai multe motive. Ea a reprezentat, între altele, o panoramă a diversității sufletului uman, diversitate cu rădăcini atît biologice, cît și

cultural-sociale. Cum unul dintre țelurile lucrării noastre este de a invita pe medic la o gîndire subtilă și nesablonizată asupra fenomenului uman, parcurgerea paginilor precedente poate fi privită ca o bună sensibilizare pentru contactul adecvat cu o realitate complexă.

Am insistat la început asupra valorii *metodologice* a tipologiilor pentru cunoașterea, „diagnosticarea" și înțelegerea individului. Dar în afară de valoarea heuristică, tipologia joacă și un rol moral (Torris) : „unul dintre cele mai frumoase roluri ale caracterologiei este să ajute pe oameni să se înțeleagă și să se tolereze reciproc".

Diversitatea reacțiilor morbide și a atitudinilor față de boală poate fi explicată, în mare măsură, prin considerații temperamentale și caracterologice. Pe de altă parte, aceleași considerații permit o abordare comprehensivă și diferențiată a activității practice și teoretice *medicale*.

Nu trebuie să uităm că medicina este, în esență, ansamblul conduitelor unui om care are intenția să ajute pe un altul să-și redobîndească sănătatea sau, cel puțin, să-i diminueze suferințele. Medicinii i se pot descrie aspecte morale, sociale, economice și politice, deci interpersonale, în timp ce, în general, există tendința de a nu-i lua în considerare decît bazele științifice. Conlucrarea interumană poate fi bazată pe note și roluri abstracte — atunci este *anonimă ;* ea devine *interpersonală* cînd se bazează pe cunoașterea particularităților personale, pe adecvare reciprocă, pe potrivire sau pe toleranță caracterologică. În acest sens, pot fi înțelese cuvintele lui Nietzsche : „trebuie să fii născut pentru medicul tău ; altfel — ești în primejdie". S-ar putea spune, deci, că noțiuni de caracterologie sînt utile nu numai medicului, ci și bolnavului.

Trecerea în revistă a *mai multor* tipologii este utilă pentru că ele, în mare măsură, se completează reciproc ; această muncă informativă are drept scop și educarea unui spirit nedogmatic. Numărul tipologiilor de interes *medical* este mult mai mare decît cel sugerat de prezentarea noastră în cadrul acestei lucrări de psihologie medicală.

Am insistat asupra faptului că tipologiile *nu* sînt clasificări, că fiecare „aparținem" simultan la tipurile diferite ale *aceleiași* tipologii. În realitatea care stă la baza acestui fapt, se găsește o resursă psihoterapeutică însemnată. Biotipul și caracterul *poate fi influențat* pentru că el cuprinde „esențe" variate, chiar contradictorii. O psihoterapie bine condusă poate realiza „mutații tipologice" : mai greu în cazul temperamentului, poate mai ușor în cazul tipului spiritual. Însemnătatea unei asemenea mutații este mare atunci cînd este necesar să schimbăm *atitudinea față de boală* și *atitudinea față de viață.*



„Personalitatea" cuprinde aspecte ca : morfologie, fiziologie, nevoi, interese, atitudini, temperament, *aptitudini.* Dacă aptitudinile se referă la „abilități", la calitatea performanțelor (de ex. gîndirea logică), *temperamentul* se referă la *modul* (felul) în care se desfășoară acțiunile. *Ceea ce face* persoana este o problemă de trăsături motivaționale (dimensiuni *hormetice,* Guilford).

Pentru unii autori, *caracterul* cuprinde scopuri, convingeri, criterii, sentimente, hotărîre, inițiativă, tenacitate, disciplină, definire, integritate.

Elementele intelectuale din componența caracterului au fost subliniate mai ales de către cercetătorii sovietici (Ananiev, Kovalev, Miasiscev, Levitov, Dobrînin, Korolev etc.) și — la noi în țară — de către C. Belciugățeanu și P. Popescu-Neveanu.

Dialectica temperamentului și a aptitudinilor reprezintă o problemă importantă a psihologiei concrete. La personalitățile puternice, aptitudinile devin mai importante decît temperamentul și decît caracterul. Aptitudinile sînt deci „cheia" pentru înțelegerea realizărilor sociale, care nu pot fi explicate doar prin factori dinamici (C. Belciugățeanu). Dar fără factorii energetici-motivaționali, nu putem înțelege creativitatea (P. Popescu-Neveanu).

Am defini „axele" concepției noastre psihologice prin trei termeni des folosiți : aptitudine, atitudine, „altitudine" (= nivel spiritual).

Caracter și reacție la boală

Reacțiile la boală depind în mare măsură de temperament și de caracter. Folosind caracterologia Heymans-Wiersma-Le Senne, G. Torris a putut sistematiza un material empiric foarte sugestiv.

Nervoșii sînt anxioși în fața bolii : ei se alarmează și se calmează tot atît de ușor. Nu urmăresc cu perseverență vindecarea, schimbă des tratamentele și medicii, preferă cîteodată pe „vindecători". Tind a impune medicului o interpretare personală a bolii și chiar un anume tratament. Sînt recalcitranți cînd este vorba de a-și modera uzul tutunului, cafelei, alcoolului. Capricioși, cu tendința de a minți și de a se minți, prezintă o oarecare lipsă de respect pentru medic. Amintim că grupul nervoșilor* oferă o patologie funcțională bogată, pe plan mental (reacții isteroide, anxietăți), neurovegetativ și organic.

Sentimentalii sînt înclinați către ipohondrie. Pot stabili un raport afectiv deosebit de strîns cu medicul — dacă acesta nu-i inhibă ; dar au față de el o atitudine critică sau de suspiciune și pot fi ușor dezamăgiți : încrezători, nu sînt totuși fideli. Boala este, pentru sentimentali, un eveniment grav. Se autoobservă și-și expun detaliat suferințele ; rețin date utile în anamneză și documente privind bolile din trecut. Sentimentalii au mai multă încredere în medic decît în medicină și n-au încredere în propria lor soartă („resemnare prezumtivă", Le Senne). Acceptă terapeutica (oricît ar fi de penibilă) fără opoziții — dar și ei recurg, nu rareori, la „vindecători". Sentimentalii suferă în majoritate de ușoare dezechilibre mentale — de tip depresiv, cenestopatic, cu hiperemotivitate etc. ; la ei, tulburările psihosomatice sînt frecvente.

Colericii, anxioși și ei în fața bolii, recurg la medic fără întîrziere ; exagerează și sînt lipsiți de curaj (datorită importanței pe care o acordă valorilor elementare ale vieții : sănătate, plăcere). Boala le apare nu numai ca un obstacol — ci chiar ca un scandal. Fidelitatea față de medic

* Prin „nervoși" nu trebuie să se înțeleagă cei cu temperament melancolic (care sînt de fapt, „sentimentali"), nici *temperamentul nervos* al lui A. Adler (cu sensibilitate exagerată, sugestibilitate, timiditate, egoism, „slăbiciune iritabilă"), nici nevropații, neurastenicii sau psihastenicii lui P. Janet.

pare accentuată, dar — în fond — este fragilă ; colaborarea cu medicul este satisfăcătoare, însă atitudinea colericului este deseori ușor insolentă (medicul este privit în primul rînd ca un auditor sau aprobator al atitudinilor și inițiativelor). Colericii sînt și ei predispuși la ipohondrie și depresiune ; în plus, la ei se remarcă tendințe la organizare nevrotică și la reacții paranoide. Prezintă frecvent tulburări digestive.

Pasionații nu alcătuiesc un grup omogen — unii sînt apropiați de tipul sentimental, alții de constituția paranoidă. Interesul pasionatului este îndreptat asupra operei la care lucrează ; acest fapt îl ferește de preocupări ipohondriace, dar îl duce și la neglijarea propriei sănătăți. Cînd s-a decis să facă apel la medic, dă dovadă de perseverență, de bunăvoință și de spirit de colaborare. Încrederea sa față de medic este deplină (și nu ezitantă, ca la sentimentali), însă eventuala decepție este resimțită profund (s-a spus că încrederea urmează legea „tot sau nimic") ; de multe ori renunță la medicul respectiv chiar fără să-i dea nici o explicație. Pasionatul are o atitudine „captativă" — tinzînd să-și impună personalitatea. El este un tip particular egocentric și narcisic. Este curajos în fața actului medical și are „curaj civic" : în problemele de concediu medical evită să frustreze instituția la care lucrează. Pasionații sînt expuși la surmenaj (unii dintre ei au perioade de hiperactivitate care alternează cu perioade de epuizare). Pentru a-i obliga la repaus, este necesar uneori o deosebită insistență. Există, poate, o corelație între temperamentul pasionat și unele tulburări mentale (schizoidie, paranoia) ; în schimb (spre deosebire de sentimentali) pasionații prezintă mai rar afecțiuni psihosomatice.

Sanguinicii sînt cei mai puțin anxioși în fața bolii. Ei se supun tratamentului cu oarecare înțelegere, dar așteaptă „ultimul moment" pentru a se consulta (această decizie se ia, de cele mai multe ori, sub influența anturajului). Este greu să impunem unui sanguinic încetarea lucrului (ceea ce se explică prin indiferența față de boală, prin firea hiperactivă, dar și prin tendința sa la avariție). Sanguinicii sînt relativ sănătoși ; bolile de care suferă sînt frecvent rezultatul înclinației lor de a gusta toate plăcerile vieții.

Flegmaticii consultă pentru tulburări precise, bine caracterizate : boli constituite, mai puțin tulburări mentale sau psihosomatice. Atitudinea poate fi corectă sau „indiferentă", în sensul de a lăsa pe medic să suporte tot greul tratamentului. Dacă sînt fideli, constanți și ascultători, acest fapt este legat mai mult de un anumit simț al datoriei, decît de participarea afectivă la propria dramă. Flegmaticii nu fac intoxicație alcoolică sau tabagică. Reamintim că dintre ei se recoltează cei ce fac schizofrenie de tip „raționalism morbid".

Amorfii sînt „pasivi față de momentul actual" și „relativ independenți față de trecut" — Le Senne). Torris a separat familia „amorfilor paranervoși", cu o emotivitate exprimată — dar mai curînd aparentă decît intensă. Amorfii corespund întrucîtva limfaticilor sau apaticilor din vechile clasificări. Nerăbdători în fața bolii, conștiincioși în aplicarea prescripțiilor, fideli — ei sînt legați de obișnuință și de ascultare mai curînd decît de încredere și de rațiune. Totodată ei sînt relativ inerți. Comunicativitatea lor în dialogul medic-pacient este redusă. Amorfii se plîng adesea de obezitate și de constipație.

Apaticii sînt deseori confundați cu flegmaticii. Simptomatologia cu care se prezintă este de obicei abundentă, dar expunerea ei este confuză. Atitudinea lor este un complex de indiferență și de supunere. Persoana lor îi interesează destul de puțin, iar persoana medicului — deloc. Tendințele lor conservatoare îi facă să ia medicamentele cu regularitate, pînă la obișnuință sau toxicomanie. Nu caută să influențeze pe medic, nu abuzează de concedii. Suferințele lor banale sînt obezitatea, constipația și tulburările psihosomatice. Profilul patologic seamănă cu cel al sentimentalilor.



A. Păunescu-Podeanu (1981), prezentînd tipologia lui I. P. Pavlov (calcată, oarecum, pe cea a lui Hipocrate), consideră că — dacă temperamentul nu ne dă o valoare orientativă, predictivă, în materie de îmbolnăviri viitoare, în schimb „este de folos a cunoaște tiparul psihologic al individului... (pentru) a întrevede modalitățile lui de comportare în calitate de pacient : în fața bolii și în fața ordonanței terapeutice". Se poate conta, în boală, pe psihicul indivizilor puternic echilibrați, fie ei mobili sau inerți (adică sanguini sau flegmatici), implicit pe reacțiile lor psihovegetative și biologice, care sînt pozitive, favorabile, utile în genere ; dar nu pe al indivizilor puternici dar dezechilibrați (colerici) și mai ales pe al indivizilor slabi (melancolici), ale căror reacții sînt nearmonice, apatice, dezordonate. Cel echilibrat tare, mobil, se observă conștiincios, urmează conștiincios prescripția, dar trebuie susținut prin comenzi repetate (avînd tendința de a abandona repede un lucru început). Colericul este nedisciplinat, „pacient incert" care se cere supravegheat. La melancolic, ca disciplină terapeutică trebuie „susținut, stimulat, revigorat".

Același autor prezintă (după Schweisshamer, modificată) o „clasificare" a oamenilor chiar după tipul lor psihoreacțional în boală, deosebind următoarele profiluri : *nepăsătorul*, *nerăbdătorul*, *grijuliul* (hiperconștiinciosul, meticulosul), *ipohondricul* și *„normalul"* (echilibratul).

„Personalitățile accentuate" și boala

O importanță deosebită pentru practica medicală *generală* o poate avea cunoașterea celor pe care K. Leonhard i-a numit *personalități accentuate*. O scurtă explicare a concepției autorului este necesară. Printre însușirile „firii" omenești, K. Leonhard diferențiază cele care duc la simple variații ale individualității de cele propriu-zis *accentuate*, cele care manifestă tendința de a aluneca spre anormal ; prin *personalități anormale* înțelegîndu-se acei oameni care, chiar în lipsa unor împrejurări exterioare nefavorabile, au dificultăți în adaptare la cerințele vieții. Firește că personalitățile accentuate (sau pregnante) au un interes major pentru clinica psihiatrică, variații puternice într-un sens sau altul intrînd în domeniul nevrozelor, al psihopatiilor și chiar al psihozelor. Dar ele au un interes tot atît de mare pentru clinicianul de orice specialitate, deoarece prezintă dificultăți în adaptarea la boală, ridică obstacole în

interacțiunea medic-pacient și în calea tratamentului, favorizează apariția unor stări morbide (nu numai psihosomatice, ci și somatice). Cercetări efectuate în clinica berlineză a lui K. Leonhard (de către Sitte pe adulți și de către Gutjahr la copil) au arătat că aproximativ jumătate din populație poate fi considerată ca neieşind din comun, iar cealaltă jumătate ca „accentuată". Însușirile care duc la simple variații în cadrul „normalului" sînt cele mai numeroase din sfera aspirații-înclinații, din sfera afectiv-volitivă sau asociativ-intelectuală. Dar este greu să se elimine orice incertitudine atunci cînd trebuie să deosebim trăsăturile care dau naştere unei personalități accentuate de cele care nu produc decît individualități obișnuite.

K. Leonhard prezintă mai întîi personalitățile accentuate legate de anumite *trăsături de caracter*, în număr de patru. Vom indica principalele implicații medico-psihologice ale acestor tipuri (sau firi).

1. *Firea demonstrativă* este caracterizată printr-o anormală capacitate de refulare. Cînd atinge grade mai înalte, devine fire *isterică*. Refularea nu este o simulare, deși manifestările la care duce seamănă cu o simulare conștientă grosolană sau se împletesc cu o simulare parțial conștientă. Pacientul este exagerat în gesturi și vorbe, doreşte să-și dea importanță și să se afirme ; prezintă teatralism cu note de inautenticitate uneori ușor de depistat, se autolaudă sau se autocompătimeşte, este patetic ; plin de fantezie, uneori mincinos, lipsit de autocritică, obligă la rezerve față de declarațiile sale (atenție la anamneză !). Refularea se poate manifesta și în sectorul fizic : istericul poate avea anestezii paradoxale, poate înghiți obiecte dure, eliminînd reflexul de vomă altfel obligatoriu. Sînt bine cunoscute leşinul isteric, refugiul în boală, obținerea de avantaje cu ajutorul bolii. Firea demonstrativă trăieşte mai mult în prezentul imediat, ia decizii pripite, este recalcitrantă în privința tratamentelor (de exemplu, alcoolicii cronici „trișează" în cura de dezintoxicare). Firea demonstrativă acumulează concedii medicale, se adaptează avantajos la slăbiciunile celor care îi ascultă (pînă la comportări vecine cu escrocheria), inventează pretexte. Este predispusă la surmenaj și la epuizare nervoasă.

2. *Firea hiperexactă* suferă, invers, de carențe în capacitatea de refulare : nehotărîre în decizie, îndoială, oscilații nesfîrșite între păreri, inhibiții și autocontrol excesiv. Este omul foarte meticulos, cu o grijă exagerată pentru propria persoană, cu o dezvoltare puternică a sentimentelor de teamă. De aici se poate ajunge la ipohondrie, la neurastenie (cu sau fără ticuri), la nevroză obsesivă, la reacție sau dezvoltare anancastă. Frica de microbi este des întîlnită, uneori cu ablutomanie (tendință obsesivă de a se spăla), de asemenea nosofobia (frica de îmbolnăvire) ; în schimb alcoolismul cronic este rarisim.

3. *Firea hiperperseverentă* are drept substrat perseverența anormală a afectului. Este concretizată în omul susceptibil (uşor de jignit, care se simte mereu nedreptățit), bănuitor, încăpățînat, ambițios și învinuindu-i pe ceilalți de atitudine ostilă. Desigur că anxietatea şi teama colorează tabloul psihologic. Se întîlnesc idei prevalente, chiar fixe, obsesive, cu treceri spre psihopatia paranoidă și spre nevroza ipohondrică. Hiperperseverentul are idei proprii despre boala lui, pe care caută să și le impună ; pacientul este cîteodată omul care luptă pentru „drepturile" sale, care pot fi o pensie pentru o pretinsă invaliditate.

4. *Firea nestăpînită* este dominată de către impulsurile momentane, ceea ce contrastează aparent cu gîndirea greoaie, de o exagerată amănunțire, pînă la pedantism. Actele impulsive pot fi violente. Firea nestăpînită este frecvent întîlnită în copilărie, se agravează la pubertate. Pacientul este irascibil, explorările și chiar întrebările medicului îl indispun ; pe de altă parte, îi este greu să respecte un regim de viață ori alimentar (nu rezistă la tentații). Un corolar este „predispoziția" la obezitate și la alcoolism cronic, ca și la acte delincvențiale. Firea nestăpînită se învecinează cu psihopatia epileptoidă ; relațiile cu epilepsia sînt neclare ; constituția corporală este adesea atletică, cum se întîlnește la epileptoizi.

Alte personalități accentuate țin de trăsături „accentuate" de *temperament,* de sfera afectivă ;

5. *Personalitatea hipertimică* este o „miniatură" a psihopatiei hipomaniacale. Pacientul este locvace, vesel, superficial ; în vorbire pare un „împrăștiat". Adesea este alcoolic.

6. *Personalitatea distimică* este, dimpotrivă, tăcută, „serioasă", pesimistă, predispusă la depresiuni. Are corelații evolutive (sau și structurale) cu psihopatia subdepresivă.

7. *Labilii afectivi* prezintă oscilații între stări afective opuse, sub influențe exterioare sau lăuntrice. Se învecinează cu psihopații ciclotimici. Sînt predispuși și ei la nevroze de tip ipohondric. Desigur că labilitatea lor „răstoarnă" multe succese terapeutice inițiale.

8. *Firea exaltată* oscilează între entuziasm și disperare, respectiv între euforie și descurajare. La dimensiuni psihopatice, pacientul este un ciclotimic de tip special, un „anxios-fericit". La dimensiuni curente, este pacientul cu sensibilitate exaltată, excesiv de îngrijorat de boală sau de senzații anestezice banale.

9. *Firea anxioasă* are ca substrat o hiperiritabilitate a sistemului nervos vegetativ ; este frecventă la copii, adesea dominați de frică. La adulți, se manifestă printr-o grijă neobișnuită pentru propria persoană și prin timiditate. Anxiogen poate fi orice detaliu al propriului corp. Este bolnavul ipohondru care are nevoie de convorbiri liniștitoare.

10. *Firea emotivă,* în înțelesul pe care i-l dă K. Leonhard, se caracterizează prin reacții de mare sensibilitate (adică cu un prag scăzut de declanșare) și de profunzime în sfera sentimentelor subtile (de exemplu, a celor aparținînd domeniului spiritual). Este firea afectată pînă la stare de dezechilibru a sănătății fizice și pînă la neurastenie și la tentative de sinucidere de suferințele, boala și moartea persoanelor din anturaj, din familie. Predispusă la depresiuni reactive, trăiește evenimentele vieții mai intens decît alții și adesea este doborîtă de evenimente.

Sînt de menționat și considerațiile pe care le face K. Leonhard și asupra firilor extravertite și introvertite, înțelegînd prin acești termeni într-o oarecare măsură altceva decît înțeleg urmașii lui C. G. Jung.

11. *Firea extravertită* este cea orientată mai mult spre lumea percepției decît spre lumea imaginației. Este aderent la concret, la opinia colectivității. Încrederea îi este cîștigată ușor (uneori prea ușor) ; dispus să dea informații, extravertitul este influențabil, sugestibil, tinde să răspundă în acord cu felul în care i-a fost pusă întrebarea (element important în anamneză !). Acceptă fără rezervă prescripțiile și sfaturile.

12. *Firea introvertită,* dimpotrivă, interpune între el și realitate (între el și ceilalți) o atitudine proprie, idei personale. Introvertitul își trăiește mai mult reprezentările decît percepțiile. Evenimentele exterioare au, pentru el, mai puțină însemnătate decît gîndurile sale despre ele. Este rezervat, adesea izolat, preferînd singurătatea (detaliu important în spitalizare !).

Autorul atrage atenția asupra faptului că extraversiunea și introversiunea nu trebuie confundate cu capacitatea, respectiv incapacitatea de a stabili contacte ; dar introversiunea apare deosebit de pregnant atunci cînd este combinată cu incapacitatea de a stabili contacte afective nemijlocite cu oamenii.

Bineînțeles că personalitățile accentuate se prezintă curent în combinații. Pentru interesul lor medico-psihologic, menționăm cîteva dintre ele. Astfel, introvertitul anancast se caracterizează printr-o meditare frămîntată obsesivă. Hiperperseverentul demonstrativ prezintă simulări, ostilitate la examinări și reexaminări medicale, cîteodată ajunge la sinistroză. Hiperperseverentul nestăpînit, ca și istericul epileptoid, sînt generatori de acte de violență. Hiperperseverentul hipertimic poate fi un cverulent, provocînd litigii pe probleme de sănătate (acuzații de agresiune față de integritatea sa personală, intoxicații și otrăviri etc.) și această combinație predispune la dezvoltare paranoică. Lucrarea lui Leonhard nu este scrisă, însă, mai ales pentru a oferi cititorului o introducere în „mica psihiatrie" ; ea conține numeroase exemple în care se examinează aportul social și cultural pozitiv al accentuării personalității. De exemplu, combinația dintre firea introvertită și cea demonstrativă promovează înclinațiile poetice și artistice. Din două psihopatii asociate poate rezulta un om „normal".

Durere, suferință, anxietate

Introducere

Boala reprezintă o stare și o situație a persoanei, *modificată* subiectiv și obiectiv. Indispoziția, insomnia, durerile, tulburări funcționale diverse fac ca (dintr-odată sau treptat) corpul să dobîndească pentru Eu (adică subiectiv) o mare importanță, într-un mod neobișnuit. Senzații necunoscute (sau amintind senzații avute altădată, în cursul stărilor morbide) nasc întrebări, duc la interpretări, generează anumite convingeri. Începe un proces analog celui din dragostea incipientă (pe care — în *De l'amour* — Stendhal l-a numit „cristalizare") : pe firul cîtorva constatări realiste se așază numeroase elemente subiective sau valorizate subiectiv ; bolnavul are viziunea îngrijorătoare a urmărilor posibile, a progresiunii bolii, a consecințelor pe care episodul morbid le poate avea în viața personală, ca și în viața profesională etc. *Obiectiv* este vorba, oricum, de nevoia de a fi îngrijit, de scăderea prestațiilor sociale și a veniturilor, de cheltuieli de tratament etc. Preocupările zilnice trebuie evitate, relațiile cu colaboratorii și cu prietenii vor fi întrerupte, îndeplinirea unor proiecte va fi amînată, unele plăceri și satisfacții vor fi interzise etc. Fiecare dintre elemente poate lua proporții de catastrofă.

În cele ce urmează ne vom ocupa de cîteva dintre ele.

Durerea

Durerea este — în primul rînd — o problemă de *fiziologie evoluționistă*. Se consideră azi că sensibilitatea dureroasă este o achiziție a filogenezei, limitată poate la unele linii evolutive. Este problematic dacă insectele „simt durerea" la o leziune, la fracturarea sau smulgerea unui membru etc. După L.v. Bertalanffy, durerea este o contrafață a progresului biologic. Utilitatea ei în reacțiile adecvate ale organismului (în adaptare) este reală, ceea ce nu înseamnă însă că orice durere este oportună. Regiunile care au cea mai mare sensibilitate algică nu sînt cele mai vitale pentru organism ; organele interne „dor" mai ales prin mijlocirea seroa-

selor. Nu există paralelism între suferinţa fizică (durerea) provocată de o boală şi gravitatea ei. Durerile de măsele pot fi mult mai intense şi mai insuportabile decît unele dureri din cancer. Durerea vie provoacă reacţii vegetative (şi şoc), care pot periclita viaţa chiar atunci cînd leziunea de la care pornesc semnalele algice este lipsită de importanţă. Durerea se însoţeşte de impotenţe funcţionale reflexe sau generate de teama de durere. Durerea — simptom important al bolilor, face totodată obstacol la unele intervenţii terapeutice necesare. Chirurgia nu s-ar fi putut dezvolta dacă nu s-ar fi descoperit narcoza, rahianestezia, anestezia locală. S-a spus de aceea, pe drept cuvînt că durerea este şi *prieten* şi *duşman*. S-au purtat numeroase discuţii (încă neîncheiate) despre semnificaţia durerii (Sauerbruch şi Wenke, 1936) ; s-a negat (Hoche, 1936) sensul teleologic („rostul" biologic, adaptativ) al durerii etc.

Durerea este, de multe ori, simptomul care „forţează" pe bolnav să se prezinte la medic — dar ea creează şi teama de medic. O recomandaţie banală terapeutică este „respectarea" durerii pînă la stabilirea cauzelor ei (adică pînă la schiţarea diagnosticului) ; explorarea clinică trebuie să se călăuzească după existenţa zonelor şi a punctelor dureroase. Toate manualele atrag atenţia asupra existenţei durerilor reflexe, sau iradiate la distanţă de organul bolnav (junghiul abdominal în pneumonie, durerea în umărul drept cu „punct de plecare" în colecist, durerea retrosternală şi a membrului superior stîng în angina coronariană), asupra zonelor de hiperestezie cutanată în suferinţele viscerale etc. Durerea care nu mai serveşte diagnosticului şi ghidării mîinii medicului (indiferent dacă este vorba de infarctul miocardic, de o fractură sau de o nevralgie) trebuie, în general, suprimată. Trebuie combătută, de asemenea, durerea care împiedică mobilizarea necesară recuperării funcţionale.



Neurofiziologia durerii nu este un capitol încheiat. Au fost studiate mai ales organele senzitive cutanate, cu scopul de a se descoperi corpusculi sau terminaţii specifice (ca şi în cazul senzaţiilor mecanice, termice etc.). S-a bănuit, ca o ipoteză alternativă, că durerea apare atunci cînd excitaţiile senzitivosenzoriale depăşesc o anumită intensitate, ceea ce nu s-a putut confirma. S-a presupus că intermediarul între excitantul nociv (care ar genera excitaţii nociceptive) şi aparatul care le recepţionează ar fi substanţe *algogene*. Se cunosc, ce e drept, numeroase substanţe de origine celulară sau tisulară care posedă această însuşire. Algogene se găsesc în lichidele secretate (sucul gastric în contact cu peritoneul sau cu terminaţiile nervoase ale pielii ; lichidele acide ; tripsina pancreatică ; kininele plasmatice din sîngele extravazat în cavitatea abdominală). Polipeptide derivate din globulinele plasmatice pot provoca durerea, în conexiune cu însuşirile vasodilatatoare sau de stimulare a muşchilor netezi : bradikinina ar fi răspunzătoare, în mare măsură, de durerea regiunilor traumatizate cu extravazări sanguine, sau a focarelor inflamatorii. Injuriile eliberează din celule substanţe care au uneori caracter algogen cum sînt histamina, serotonina (eliberată şi din plachetele sanguine), ionii potasiu în exces. Serotoninei i se atribuie un rol însemnat în cefaleele de tip hemicranie. În geneza durerilor locale, intervin şi (sau mai ales) diferite prostaglandine.

Teoriile neurofiziologice clasice deosebeau o sensibilitate *protopatică*, mai grosieră, de una *epicritică*, cu capacități de diferențiere. Probabil că rezultatele neconcludente ale cercetărilor ce au urmărit identificarea unor organe microscopice ale durerii se datoresc, în parte, unor neclarități în însuşi conceptul de durere. Este durerea o *senzaţie* sau un *sentiment*? Lipps, folosindu-se de capacitățile lingvistice proprii limbii germane, a vorbit despre *Gefühls-Empfindung*; Hassler crede că unii stimuli dureroşi îi trăim mai curînd ca pe un sentiment sau emoţie, în timp ce alţii îi sesizăm ca pe o senzaţie. Se pare că mecanismele nervoase periferice justifică această bivalenţă. Se poate vorbi despre o *durere primară*, resimţită imediat, acut, localizabilă cu uşurinţă — şi despre o *durere secundară*, care „implică personalitatea". Durerea primară ar fi condusă de aşa-numitele *fibre A*, cu viteza de 25 m pe secundă, în timp ce durerea secundară, care apare după un timp de latenţă, este condusă de fibrele C cu o viteză de numai 1,5 m pe secundă, mai greu localizată, iradiabilă. Cele două tipuri de fibre nervoase ar avea diferite potenţiale de acţiune. Ipoteza aceasta „specifistă" se bazează şi pe faptul că există fibre specializate care răspund numai la o stimulare intensă, dar aceasta nu înseamnă că ele sînt „fibre de durere" şi că ele produc întotdeauna durere sau numai durere.

O teorie alternativă propune ca substrat al durerii o anumită constelaţie *(Gestalt, pattern)* al stimulilor, deci o interacţiune între grupe de fibre (Weddell, 1955; Sinclair, 1955). Ea este nesatisfăcătoare (spun criticii) deoarece ignorează complet faptul specializării funcţionale.

O a treia teorie încearcă să se folosească de ambele aceste principii, într-un mod original. Este teoria controlului durerii prin „porţi" medulare *(Gate control theory*, Melzeck şi Wall). Este o teorie pe care am putea-o numi *cibernetică*. Un sistem de control legat de *substantia gelatinosa* din măduvă ar modula impulsurile care sosesc la primele celule de transmisie centrală. Celulele de control (cu rol de inhibare) sînt *stimulate* de influxul venit pe fibrele groase (cu conducere rapidă) şi *inhibate* de influxul venit pe calea fibrelor subţiri (cu conducere lentă). Echilibrul între activităţile fibrelor groase şi subţiri este important pentru perceperea durerii, deoarece transmisia centrală rezultă în urma unor integrări (sumaţiuni) spaţiale şi temporale ale impulsurilor. Distrugerea patologică a fibrelor groase poate explica cazuri de anestezie dureroasă, ca şi de dureri „spontane". Dar avantajele teoriei „porţilor" constă mai ales în posibilitatea influenţării sistemului de control medular postulat prin factori de control centrali superiori sau, cu alte cuvinte, în înţelegerea neurofiziologică a *dimensiunii motivaţionale* a durerii. O trecere în revistă a obiecţiilor acestei teorii lasă să subziste, totuşi, cîteva idei de bază, printre care existenţa unei interacţiuni între diverse aferenţe, într-un sistem de control, chiar la nivelul zonei de intrare a rădăcinilor posterioare. În coarnele posterioare ale măduvei, putem bănui o suprapunere de astfel de sisteme integrativ — reglatoare, la nivelul cărora au loc influenţe facilitatoare şi inhibitoare.

Hodologia impulselor dureroase cunoaşte tractusuri spinotalamice dintre care — la mamifere — se dezvoltă progresiv o cale neospinotalamică. Calea paleospinotalamică informează şi formaţia reticulată. Conducerea medulară este dublă, parţial polisinaptică şi numai parţial controlaterală. Paralel se identifică căi descendente de control, pornite din talamus. Talamusul este staţiunea *importantă* a conducerii durerii, ca şi a senzoriali-

tății în general. Este o stațiune de integrare, ale cărei leziuni nu produc tulburări net disociate ale sensibilității. Excitarea electrică a unor zone talamice poate produce durere, după cum distrugerea stereotaxică a lor, dar excitarea altor zone, poate suprima dureri intolerabile. De la talamus spre cortextul senzorial se întinde un alt neuron de legătură (de obicei al treilea). Neuronii senzoriali corticali posedă o funcție complexă, interpretativă și analitică. În *gyrus frontalis superior* se apreciază calitatea penibilă a durerii ; intervenții la acest nivel nu suprimă durerea, dar ea devine suportabilă. Prin excitație electrică corticală se pot produce dureri.

Formația reticulată trimite eferențe ascendente centripetale și eferențe descendente centrifugale. Ea poate fi responsabilă de analgezii ca și de hiperalgezii. Eferențe ale formației reticulate sînt majoritatea aferențelor din sistemul limbic.

Acest sistem (alcătuit din hipocamp, *gyrus cinguli,* nucleul amigdalian și alte structuri mai puțin familiare nespecialiștilor) are relații de conexiune funcțională cu hipotalamusul și — prin el — cu sistemele endocrin și nervos vegetativ. Și din talamus pornesc eferențe spre sistemul limbic. Dar sistemul limbic (și în special hipocampul) joacă un rol important în memorie, ceea ce constituie baza neurologică a multor corelate și influențe psihice ale durerii. Dacă sistemul neospinotalamic de proiecție alcătuiește fundamentul neurologic al *dimensiunii senzorial-discriminative,* activarea structurilor reticulate și limbice prin sistemul paramedian ascendent substratează pulsiunea motivațională puternică și afectul de neplăcere care împinge organismul spre acțiune — care produce reacțiile de aversiune și comportamentul tipic „natural“ la stimulii dureroși. Cu alte cuvinte (Melzack și Casey), sistemele reticulat și limbic funcționează ca un *monitor central de intensitate.* Căile de proiecție ar constitui o buclă de reglare într-un sistem cibernetic de tip *feed-forward.* Neocortexul ar asigura dimensiunea *cognitivă* a durerii.

Endorinologia durerii este un capitol recent introdus în știință. Descoperirea fundamentală a fost identificarea unor polipeptide opioide (endorfine) în extractele hipofizare și în hipotalamus (A. Goldstein, 1975 ; Hughes și Kosterlitz, 1975) și a unor substanțe similare, dar mai simple, în nevrax (encefaline) (Hughes, 1975 ; Pert, 1976). Cel puțin două dintre encefaline s-au dovedit a fi pentapeptide, mai precis secvențe de reziduuri 61—65 din beta-lipotropină, în timp de fragmentul 61—69 are însușiri opioide puternice, fiind chiar o endorfină (Goldstein și G.H.Li). „În afară de efectele analgetice, ea are însușiri modificatoare de comportament. Peptidele sînt prezente în numeroase regiuni ale creierului, inclusiv în hipotalamus, fixîndu-se pe receptorii (liganții) care fixează morfina. La acțiunile antinociceptive ale endorfinelor, se asociază acțiuni comportamentale (deprimarea reflexelor de apărare, catatonie) și liberatoare de hormoni (hormon de creștere ?). Din punct de vedere biochimic, ele se cuprind în clasa neuropeptidelor, propunîndu-se conceptul de neuron peptidergic. Alături de aceste anodinine (Pert) s-au izolat peptide cu acțiuni opuse (ca dodecapeptidul P). Nu este exclus ca tulburări în secreția și metabolismul endorfinelor să fie la originea unor tulburări psihopatologice (Guillemin). ACTH însuși (care se eliberează în stress, odată cu endorfinele), ca și fragmente ale sale au influențe asupra creierului, reflectate în modificări de

comportament (De Wied). Hipofiza ar conține prehormoni pentru neuropeptide specifice implicate în procese motivaționale, memoriale și de învățătură.

Se pare că și placenta produce endorfine prin „simplificarea“ moleculelor de gamma-globuline (?).

În fenomenul de durere sînt implicați neuroni noradrenergici și serotoninergici. Endorfinele și encefalinele ar avea rol de modulatori.

Terminații nervoase libere transmit impulsuri spre măduvă prin fibre subțiri (sensibilitate protopatică) unde are loc o primă confruntare între neurotransmițători, substanța P. și encefaline. O a doua confruntare are loc în substanța cenușie periapeductală, alta la nivelul hipotalamusului. Acest filtru odată depășit, durerea devine „emoție-suferință“. Se admite că endorfinele ar fi „moleculele stării de bine“ iar substanța P „moleculele durerii“ (J. Renaud). Reglarea stării „subiective“ ar depinde de intensitatea stimulilor (n-ar exista, la drept vorbind, receptori sau fibre pentru durere) și că în realizarea efectului, un rol însemnat îl are vărsarea peptidelor în lichidul cefalorahidian (Zetler, 1978). După Stein și Beluzzi (1978), endorfinele ar servi și ca transmițători sau modulatori pentru medierea satisfacției și a recompensei — ca atare fiind implicați și în memorizare.

S-a constatat că efectul analgetic al acupuncturii depinde de endorfine (Pomeranz), este blocat de naloxon (antagonist cel opiaceelor), de hipofizectomie (la animale) și la unele rase de șoareci (CBXK) caracterizate printr-un deficit genetic de receptori pentru substanțe opiacee.



Există *analgii congenitale* în care sînt interesați exclusiv receptorii exteroceptivi, în care este suprimată durerea cu punct de plecare în piele după excitații ca : presiune, ințepături, arsuri, tăieturi etc. (Asemenea stimuli nu dau durere la omul normal dacă sînt aplicați organelor interne.) Este păstrată durerea provenită prin dilatarea organelor cavitare (colici) sau prin ischemie.

Analgia (sau analgezia) congenitală lipsește organismul de un important dispozitiv de alarmă și de protecție. Agresiunile care trebuiau evitate grație durerii se pot exercita liber și duc la leziuni grave în piele, mucoase și schelet. Sugarul căruia îi cresc dinții își mușcă buzele și limba, își roade degetele, își zgîrie fața, nările, corneea ; rănile se infectează, rămîn cicatrice sau chiar mutilări. Mai tîrziu, copiii își provoacă accidental arsuri, traumatisme osoase pînă la fracturi. Izbește imprudența lor extremă și — ca trăsătură psihopatologică — dorința de a brava, lăsîndu-se maltratați „eroic“ de către alți copii, aruncîndu-se din copaci sau pe fereastră etc. Imobilizarea fracturilor este resimțită ca o opresiune intolerabilă (A. Weber). Comportamentul se schimbă la pubertate, odată cu conștiința „necesității“ de a-și îngriji corpul, urîțenia feței și mutilările creîndu-le complexe de inferioritate. Inteligența este în limite normale. Din punct de vedere medical, se cere — îndeosebi supravegherea stării dentiției și a complicațiilor infecțioase.

Durerea este însă şi un *comportament*. La nivelul cel mai elementar, la animale, durerea poate fi studiată prin concomitenţele sale : dezorganizare motrice, reacţie de fugă (plus fenomene vasomotorii şi neuroendocrine). Experienţa dureroasă *umană* implică memorizarea globală a situaţiei ce a provocat durerea, fenomenul agresiv devenind *semnificantul* durerii (Bricourt), iar situaţia respectivă este întîmpinată şi retrăită cu o reacţie afectivă complexă. Durerea umană reprezintă totodată un răspuns la o situaţie de eşec („bastardul ruşinii resimţită de inteligenţă în faţa unui stimul de care este nevoit să fugă", Pradines). De aceea, durerile elementare, durerile acute, durerile organice cronice duc, în clinică, la comportamente variabile după vîrstă, nivel cultural, profesiune, boală, ca şi după motivaţii, tendinţe, educaţie etc. Durerea copilului mic are semnificaţia unei chemări, unei solicitări afective — şi se calmează de îndată ce apelul este auzit. Încă din copilărie durerea face parte din relaţiile cu lumea umană, cu celălalt, dar şi din investiţia în propriul corp a energiei libidinale sau a agresivităţii (cenestopatie, ipohondrie). Se ajunge la distincţia între *durerea nociceptivă elementară* şi *durerea-comportament.*

Durerea elementară este, în multe cazuri, „păzitoarea vieţii şi a sănătăţii" (Foerster), „sentinela protectoare" (Bergson) — dar uneori „un obstacol în calea vieţii" (Buytendijk), un fenomen ce face mai penibilă şi mai complicată o situaţie irevocabilă (Leriche). Este un semn înşelător. Durerea-comportament, în algiile cronice rebele, în suferinţele morale şi psihogene, acoperă de multe ori o situaţie de eşec. Omul suferind este mai preocupat de durere decît de ceea ce se ascunde sub ea.



Liniştirea durerii a fost din totdeauna un obiectiv al medicinii. *Sedare dolorem — divinum opus* (Hipocrate). În lupta împotriva durerii, medicina a folosit droguri de origine vegetală, produse chimice de sinteză şi — recent — metode chirurgicale. Combaterea durerilor banale, nespecifice (cum ar fi cefaleea) revine, în ultimele decenii, „antinevralgicelor" care reprezintă medicamentele cele mai utilizate de către marile mase, pînă la abuz. Pentru noi este important să notăm că durerile banale (dar nu numai ele) cedează, într-un mare procent de cazuri, la administrarea unor substanţe indiferente (placebo) — ceea ce demonstrează valoarea psihoterapiei în combaterea durerii *fizice*. Experienţa clinică înscrie alte numeroase argumente în acelaşi sens : dureri cu origine organică (lezionale) evidentă, care cedează — temporar — la psihoterapie. Psihoterapia poate fi eficace şi în cazuri de dureri talamice prin procese destructive cerebrale (Kennedy, 1960). Este cunoscută metoda *psihoprofilaxiei* durerilor de naştere, de care ne vom ocupa mai departe.

Semiologia durerii este astăzi un capitol diferenţiat al medicinii clinice. O analiză subtilă a formelor de durere ca şi a „modalităţilor" (condiţii de intensificare şi de atenuare etc.) se datoreşte homeopaţilor.



Ca problemă psihologică — durerea face parte atît din viaţa normală cît — mai ales (Leriche) — din viaţa patologică a organismului. Pradines vedea în durere consecinţa creşterii globale a sensibilităţii organismelor

evoluate, în cadrul evoluției telerecepției primejdiei ; așa se explică însușirea sa de „avertisment barbar". În timp ce plăcerea aparține „simțului nevoii", marcînd îndeplinirea unei funcțiuni, săvîrșirea ei, cucerirea unui obiect, succesul impulsului către un obiect — *durerea* semnalează pericolul rezultat din apariția unui obstacol, precede activitatea de *apărare* care va expulza (sau care va învinge) obstacolul. Faptul că organele interne (sau creierul) pot fi bolnave fără să doară, se explică prin aceea că în mod natural (fără intervenția chirurgicală, de exemplu) organismul este incapabil să elimine (să „expulzeze") *cauza* acelei perturbări. Din acest punct de vedere, credem că s-ar putea încerca o clasificare a durerilor, după *intenționalitate**, adică după modalitatea (intuită sau imaginată) care le-ar putea suprima sau atenua. Astfel, durerea ar putea fi atenuată prin îndepărtarea agentului „exterior" sau prin depărtarea de noxă (fugă), prin îndepărtarea unei părți din corp, prin protejare sau — dimpotrivă — prin dezvelire, prin imobilitate sau — dimpotrivă — prin umblet**, printr-o anumită poziție a corpului, prin apăsare, prin căldură, prin strigăt***, prin „deschiderea" *(à ciel ouvert)* a zonei bolnave, prin expulzare (tenesme), prin contactul senzorial cu organul bolnav (să pun mîna, să văd). Interesantă este impresia pe care o avem, uneori, după care prin *intensificare* durerea ar putea să se lichideze ; este oare o intuire a „luptei" organismului, subiacentă durerii ? Novalis vorbea de posibilitatea de a găsi satisfacție în durere prin identificarea cu forța implicată în provocarea ei. Menționăm că, în ileusul obstructiv, bunăoară, *încetarea* colicilor poate marca debutul fazei paralitice, de rău augur. În unele cazuri, bolnavul are impresia că s-ar liniști dacă s-ar preciza sediul sau cauza — dar aici este vorba de anxietate — și nu de durere ; sau este convins că durerea va ceda „prin trecerea timpului". Sîntem în domeniul *reacțiilor* la durere, reacții care au o componentă experiențială, culturală și de „filozofie a vieții". În schimb, un fenomen propriu-zis psihofiziologic pare să fie „concurența interalgică", faptul că o durere poate masca o altă durere (de exemplu, o durere acută poate oculta o durere cronică, una neașteptată poate eclipsa o durere obișnuită).

Admițînd o relație între durere și nevoia (biologică) de expulzare (a unui corp străin sau devenit străin), este greu să admitem teza după care nașterea normală este nedureroasă (Velvovski). Cercetările efectuate de E. Aburel (1967) au arătat că atunci cînd gravida nu suferă de nici o maladie, cînd nu prezintă o patologie a contracțiilor uterine, cînd bazinul este suficient, iar căile genitale sînt normale ca dimensiuni și ca elasticitate, durerea de naștere, „deși incontestabilă, nu este excesiv de mare". Frica de durere și teama de necunoscut nu cresc intensitatea durerii, ci adaugă o stare de neliniște și de agitație. Poate că această concluzie este întrucîtva exagerată : *durerea* este *și* o reacție, sau are o componentă reacțională (în acest sens vorbește marele procent de dureri de orice natură — pînă la

---

* În mod uzual, durerile se clasifică : a) *topografic ;* b) după *caracter* (continuă, fulgurantă, lancinantă, de arsură, înțepătură, pulsatoare etc.) ; c) după *cauză* (nevralgică, talamică etc. ; iradiată sau autohtonă etc.).

** Ca și strînsul dinților, sau al pumnilor — efortul muscular voluntar scade pragul sensibilității pentru durere.

*** Strigătul este atît un apel pentru ajutor, cît și o descărcare de energie nervoasă.

35% — suprimate prin *placebo)*. S-a constatat că eficacitatea *placebo*-ului este cu atît mai mare cu cît *stress*-ul este mai puternic (*placebo* este de 10 ori mai eficace în suprimarea durerii patologice decît în anularea durerii experimentale).



Sensibilitatea algică are mari diferențe individuale ; acest fapt condiționează geneza și caracterele durerilor în boală, rănire, intervenție chirurgicală etc. El a fost pus în evidență în perioada preanestezică a chirurgiei, mai ales de către Larrey, chirurgul-șef al armatelor napoleoniene în campania din Rusia (1812). Diferențele individuale nu țin numai de voință și de caracter, ci de factori organici și psihici mai profunzi, Leriche vorbea despre *douleur vivante*. Am menționat insensibilitatea generală congenitală la durere (*electivă* față de durere) : „afazie a durerii" (Boyd), „algoataraxie" (Fanconi). La adulți, s-au descris cazuri de hipoalgoestezie, cu o toleranță uimitoare a leziunilor altfel dureroase sau a intervențiilor operatorii.

Mai frecventă (și stînjenitoare) este hiperalgezia, hiperestezia algică, susceptibilitatea crescută față de durere, hiperalgosensibilitatea, algofilia, algopatia etc. (termenii nu sînt riguros sinonimi). În acest caz, rolul factorilor congenitali pare mai mic decît cel al experienței vieții, al exercițiului, al călirii sau cocoloșirii etc. S-au propus teste de hiporeactivitate algică (abolirea reflexului faringian, după Poenaru-Căplescu ; comprimarea nervului auricular pe mastoidă, după Lipman și după Voegeli).

Sensibilitatea algică depinde evident de starea sistemului nervos vegetativ (Leriche) ; hipersensibilitatea acestui sistem explica cenestopatiile și difuzarea durerii, autoîntreținerea prin mecanisme de cerc vicios etc. Ea mai depinde de starea umorală și endocrină (hipo- sau hipercalcemia, spasmofilia, hipertiroidismul, disfoliculinia, acidoza). Ea depinde de asemenea evident de corticalitate, de factorul „neuropsihic" sau pur și simplu de *factorii psihici*. Intervenția psihicului se manifestă ca amplificare sau *adaos psihic* (prin frică, anxietate, oboseală etc.), ca *fixare psihică* (durere de urmă, reziduală, durere — amintire, Leven), ca *psihalgie* (durere psihogenă, corticogenă, centrogenă, imaginativă, obsesivă, psihosomatică, nevrotică ; cerebralgie, algohalucinoză etc. Oppenheim, Lhermitte, Mallet, Stenvers). De obicei, ea este „durere psihizată-fixată — reziduală" (Păunescu-Podeanu).

Durerea — întrucît este simptom subiectiv și reacție psihică, întrucît are un caracter individual, personal — poate fi punctul de plecare al unei tipologii. Este ceea ce a încercat să facă Fervers (1940). Pornind de la constatarea că durerea este inseparabilă de existența umană, autorul recunoaște și aspectele sale legate de „vigilență" și de conștiința corpului, a existenței etc. *(dolio, ergo sum)*. Pe de altă parte, durerea poate fi considerată ca o „insultă" pentru suflet, astfel încît analgezia sau narcoza sînt măsuri de „cruțare" sau de „protecție" a psihicului. Fervers admite distincția propusă de Foerster, care a descris un sistem *perceptoric-epicritic* generator de durere și teamă, ca și un altul *afectiv* în sfera căruia găsim neliniștea. Oricum, Fervers opune durerile *superficiale* care au o „tonalitate clară" *(hellen Ton)*, rece (sînt dureri nete, ascuțite, „tranșante"), celor *profunde*, cu o „tonalitate închisă" (și care sînt apăsătoare, de tip arsură, imperioase, încărcate afectiv). Pe de altă parte, se poate deosebi

durerea „depărtată de eu“ *(ichfern)* care vine de la membre, de cea care este „proximă eului“ *(ichnah)*, venind de la cap, torace, abdomen — și care realmente semnalează mai frecvent primejdii mortale.

Tipologia lui Fervers este utilă pentru tratament. El nu se oprește asupra „antitipiei“ sensibil (fricos) — curajos, ci asupra unei „antitipii“ ce se poate calca pe vechi reflexe filogenetice (la aceste reacții se ajunge printr-o „regresiune“). Mișcarea excitată (furtuna motrice) se opune liniștei imobile (reflex de moarte aparentă) — ca două forme de a recepționa primejdia și de a încerca evitarea morții (Kretschmer). La acestea, se adaugă reflexul de autotomie (ca la șopîrla care-și abandonează coada).

Tipul „tetanic“ reacționează la durere prin agitație (hipermotrică), revoltă, fiind posibilă o atitudine „dușmănoasă“ față de partea bolnavă (mai ales la schizotimi, la introverți). Este un tip simpaticotonic și afectiv. Persoana se interesează de prognostic, privește critic măsurile terapeutice, este mai greu de tratat ; recurge la alcool, la nicotină, la cafea. Tensiunea afectivă-motorie se poate sublima : durerea poate da pinteni creației. Kant este cel care a scris că durerea este imbold (sau spin ?) al activității (fire simpaticotonic-motorică, expansivă, agresivă). (În limba germană, *Stachel* înseamnă atît imbold, cît și cui sau ghimpe). Tipul tetanic cu *autodominare deplină* i-a aparținut lui Mucius Scaevola, care s-a pedepsit pentru o greșeală cu consecințe politice-militare, arzîndu-și brațul.

Tipul patic „se plînge“ ; este hipotonic, are tendință la colaps, dar și răbdare. Este vagotonic, ciclotimic ; în tipologia lui Jaensch ar fi un „B-integrat“. Se gîndește la moarte, dorește liniște, caută un „tu“ pe care să se sprijine, este sinton (stabilind relații afective cu persoanele ce-l înconjură). Își proiectează temerile asupra obiectelor din jur (lumea dobîndind „fiziognomie“). Dacă este autostăpînit, se resemnează. Tipul patic oscilează între inactivitatea depresivă și o stare de cvasi-beție euforică ; are nevoie obiectivă de medicamente.

Fervers insistă asupra rolului sugestiei și autosugestiei în întreținerea și în tratamentul durerii. Medicul poate sugestiona bolnavul în mod inconștient și naiv, atunci cînd crede el însuși, sincer, în mijlocul întrebuințat ; sau poate să-l sugestioneze în mod conștient și premeditat. Bolnavul, la rîndul său, poate suporta sugestia pasiv, inconștient, uneori i se oferă voluntar —, sau o susține prin autosugestie. Deseori atitudinea sa este ambivalentă, împotrivindu-se sugestiei (cu *ego*) dar lăsîndu-se condus (prin *id*).

Există particularități marcante privind psihoterapia durerii ? Ele se referă, îndeosebi, la *halo*-ul afectiv și memorial al durerii (M. Arnold). Profilaxia reacțiilor exagerate față de durere se face prin *călire*. Este interesant de menționat că, în secolul al XVI-lea, Montaigne recomanda introducerea unui anumit tip de călire pentru a putea rezista presiunilor *prin mijlocirea torturii,* pe atunci răspîndită.

În medicina corticoviscerală, s-a dat mare valoare experiențelor efectuate de Erofeeva (1912) în laboratorul lui I. P. Pavlov, care a elaborat la cîini reflexe condiționate de inhibiție a excitațiilor dureroase. S-a ajuns ca, la o excitație dureroasă puternică (curent electric, arsură, distrugere mecanică a pielii), cîinele să nu răspundă prin reacții de apărare și să nu prezinte nici modificări ale respirației și ale ritmului cardiac, caracteristice reacției la durere ; în schimb, cîinele răspundea cu o reacție alimen-

tară (de salivaţie). În laboratorul lui K. M. Bîkov, A. T. Pşonik a elaborat la om reflexe condiţionate la excitaţii dureroase, şi a condiţionat senzaţia durerii (sau, mai curînd, a condiţionat o vasoconstricţie dureroasă). Acest autor a mai arătat că senzaţia dureroasă se poate forma şi sub influenţa cuvîntului, adică sub influenţa celui de al doilea sistem de semnalizare. O durere provocată de un ac fierbinte sau condiţionată la o sonerie poate să apară la auzirea cuvîntului „fierbinte" sau „sonerie". Sub influenţa excitantului condiţionat, excitaţia dureroasă subliminară devine liminară ; invers — cu ajutorul reflexelor condiţionate se poate înlătura (inhiba) durerea, transformînd senzaţia dureroasă în senzaţie nedureroasă.



O altă tipologie a fost propusă de Corman şi Tissot, după care putem deosebi, în funcţie de reacţiile individuale la durere :

1. un tip hipoexcitabil, la care „leziunea depăşeşte iritaţia", ceea ce face ca manifestările clinice să fie fruste, vagi, neclare, incomplete, înşelătoare, *tardive* din punctul de vedere al posibilităţilor de intervenţie ;

2. un tip hiperexcitabil, la care — din motive uşor de înţeles — suferinţele nu sînt proporţionale cu intensitatea leziunii şi nu au o valoare prognostică.

Este evident că cercetarea *tipurilor de activitate nervoasă superioară* poate avea importanţă nu numai în „psiho"-profilaxia durerilor de naştere, dar şi în „psiho"-profilaxia sau psihoterapia altor dureri. Dar aici întîlnim două modalităţi de lucru : a) cea hipnosugestivă, în care scoarţa cerebrală a pacientului este inhibată ; cuvîntul care i se adresează are un caracter imperativ, iar rolul cel mai important revine „personalităţii" medicului ; b) cea psihoprofilactică propriu-zisă, în care cuvîntul este folosit într-o formă logică, raţională, educativă ; centrul de greutate trece asupra personalităţii pacientului ; scoarţa sa cerebrală este activă, *echilibrată,* dar cu focare de excitaţie puternică. Altfel spus — este nevoie de relaţii optime între procesele fundamentale de excitaţie şi de inhibiţie în scoarţă, de relaţii reciproce adecvate între scoarţă şi centrii subcorticali. În cazul naşterii, A. P. Nikolaev preconizează crearea artificială a unui puternic „focar de excitaţie" cortical al cărui „conţinut" să fie convingerea despre evoluţia favorabilă a naşterii etc. Înconjurat de o zonă de inhibiţie (prin inducţie reciprocă), el devine aproape inaccesibil pentru impulsurile interoceptive cu caracter dureros şi, după legea dominantei, atrage impulsuri extero- şi interoceptive nedureroase şi „distrage" scoarţa pentru altă activitate. În concepţia pavlovistă, sugestia este „cel mai simplu şi mai tipic reflex condiţionat al omului", iar educaţia, instruirea, disciplinarea — sînt „şiruri lungi de reflexe condiţionate". Este discutabil însă dacă restructurarea mentalităţii femeilor, dacă „asanarea" psihicului nu este şi *altceva* decît „stingerea unor reflexe condiţionate vechi şi crearea unor reflexe condiţionate noi". Dealtfel, metoda cuprinde şi înlăturarea emoţiilor negative, crearea unor emoţii pozitive, ca şi procedee de analgezie nemedicamentoasă.

În general, se poate spune că în combaterea durerii se merge de la nivelul chimic (narcoza) pînă la cel spiritual (care implică valorizarea, „axiologia" suferinţei), trecînd prin ceea ce este neurofiziologic elementar şi prin *psyché.*

Suferința

Prin suferință se înțelege, de obicei, atît durerea fizică, cît și cea morală. De fapt, termenul ar trebui rezervat pentru aspectele *omenești* ale durerii fizice și pentru durerea morală. După cum observă E. Minkowski, suferința face parte integrantă din existența umană, o marchează, „o situează" în mod specific. Balzac scria că „cei ce au suferit mult, au trăit mult". Suferința nu este un bine, dar nu este un „rău" în înțelesul curent al cuvîntului ; *a nu putea suferi* este o notă proastă pentru om. Pornind de la suferință, ni se relevă aspectul *patic* (nu patologic !) al existenței. Prin suferință, omului i se pun probleme „existențiale". Chiar dacă nu putem găsi *sens suferinței,* aceasta „pune problema sensului vieții". Suferința poate produce depresiune, ne poate copleși ; ea poate fi însă și căutată, ne putem complace în ea. Căutarea *durerii fizice* în scopul unor satisfacții (libidinale ?) definește masochismul (algofilia sau algolagnia pasivă). Există însă toate formele de trecere spre masochismul *psihic*, cum există forme de trecere între flagelanți și autoflagelanți. În algolagnia pasivă, joacă frecvent un rol însemnat existența unui sentiment de culpabilitate care pretinde expirațiune. *Evitarea* suferinței este totuși reacția cea mai frecventă care cere, în ajutor, resursele medicinii.

Suferința este o problemă a *vieții conștiente*. După cum am menționat, combaterea ei este, în mare măsură, o luptă cu reprezentările despre suferință și despre boală, ca și o luptă cu teama. Conștiința poate fi „umplută" cu alte reprezentări care să o fixeze sau cu simțăminte concurente date de activitate (muncă, studii, creație etc.) sau de satisfacții (senzoriale sau mai înalte). Conștiința poate fi însă și *întunecată* sau *suprimată* — prin mijloace toxice (alcool, analgetice, soporifice, stupefiante etc.) sau psihice (hipnoză, magnetism animal). În capitolul referitor la emoție, am dat unele detalii cu privire la însemnătatea „sistemului estimativ" pentru conectarea durerii cu reacțiile afective.



Medicul nu poate fi indiferent la *interpretările filozofice* care s-au dat durerii și suferinței — dintre care unele sînt împărtășite — sau schițate spontan — de bolnavi. Descartes, „intelectualist" în acest domeniu, reduce durerea la cunoașterea unei dezordini, a unui obstacol în calea liberului exercițiu al activității noastre. Aristotel, Hamilton, Spencer, Grote — leagă durerea de activitate ; durerea poate fi negativă, rezultînd din inacțiune sau pozitivă, rezultînd dintr-o activitate excesivă ; ea este nonsatisfacția sau contrarierea unei tendințe. Stuart Mill observă că activitatea generează suferință atunci cînd ea este cantitativ și calitativ imperfectă. Am menționat aceste teze pentru a semnala conexiunea între *imperfecțiune,* „rău" și durere. Dartigues spunea că dacă am asculta glasul Pămîntului (corp astronomic), am auzi rumoarea suferinței. Existența suferinței în lume a constituit un prilej constant de meditație și de argumentație pentru filozofii atei, ca și pentru oamenii religioși.

În mentalitatea primitivă, durerea este întîmplătoare și evitabilă — în raport cu acțiuni de vrajă și de contravrajă. În viziunea islamică, este expresia unei întîmplări inevitabile, fatale. În viziunea budistă, durerea

este necesară și lipsită de valoare, dar poate fi învinsă, evitată, depășită. Viața omenească este mai ales suferință și evitarea suferințelor se face pornind de la analiza cauzelor ei : individuația, dorința. Schopenhauer a „modernizat“ această viziune ; suferința este rezultatul „voinței“, *esență* a lumii — și poate fi suspendată în contemplație. În viziunea iudaică, suferința este privită ca o pedeapsă — deci este interpretată moral, în raport cu păcatele *individuale*. În alte concepții hinduse, suferința este privită ca un exercițiu spiritual, ca o antrenare a pocăinței pentru un păcat fundamental, esențial dar care ține de lumea aparențelor. Creștinismul tinde să considere suferința ca pe o valoare ; ea poate fi învinsă, dominată, o dată cu progresul spiritual la care contribuie. Concepțiile tragico-eroice văd în suferință o încercare a virtuții și a curajului. Stoicii găseau în suferință un mijloc de îmbogățire, o școală de fermitate ; sufletul trebuie să rămînă întotdeauna stăpîn peste trupul pe care-l însuflețește („boala este un obstacol pentru corp, dar nu pentru voință“, spunea Epictet, sclav frigian, stăpînului său care îi sfărîmase gamba cu un instrument de tortură). În poezia lui A. de Musset găsim teza după care durerea este maestrul omului-ucenic : „nimeni nu se cunoaște atît timp cît nu a suferit“. V. Hugo insista asupra faptului că durerea ușurează deschiderea sufletului către semenii noștri. Ateii consideră suferința ca lipsită de sens — în măsura în care nu are utilitate biologică. În viziunea melioristă, progresul culturii, al civilizației și al organizării sociale va duce la suprimarea treptată a suferințelor. Acceptarea suferinței este un imperativ *biblic*. A dori să scapi de celebrul „vei naște pruncii în durere“ a părut un sacrilegiu arhiepiscopului de Canterbury ; aceasta l-a blamat pe Simson pentru că a administrat cloroform reginei Victoria în timpul unei nașteri. Dar în zilele noastre, papa Pius al XII-lea a declarat următoarele : „corectarea interpretării false a senzațiilor organice și invitația de a le corecta ; influența exercitată pentru a îndepărta spaima și teama nefundate — sînt valori pozitive, cărora nu avem nimic să le reproșăm, binefaceri pentru parturientă, pe deplin conforme cu voința Creatorului“. De fapt, Dumnezeul biblic l-a *adormit* pe Adam cînd i-a scos coasta din care a făcut-o pe Eva.

După cum remarcă Merger și Chadeyron, doctrinele contemporane insistă asupra aspectelor negative ale *situației de suferință*. Durerea ne apare azi mai curînd ca o putere tiranică, făcînd din om un sclav ; ea scade și pervertește activitatea ; „din spiritul cel mai luminos ea face o ființă... concentrată asupra răului propriu, egoistă, indiferentă la toți și la toate, obsedată constant de teama reîntoarcerilor dureroase... Departe de a ne duce spre caritate, durerea dezadaptează funcțiile fizice și intelectuale... Ea consumă influx nervos“. Nu este însă o exagerare în a afirma că „durerea este întotdeauna o diminuație“, o uzură ? Autorii înșiși adaugă că „săvîrșirea oricărei funcțiuni este o cheltuială“ și că „după împrejurări și după intensitate, consecințele acestui rău pot fi o binefacere sau o primejdie“.

O analiză lucidă și cultă a suferinței ne-a dat-o scriitorul italian Cesare Pavese, mare suferind.

Oricum, evoluția mentalității din ultimul secol a mers de la *sublimarea durerii* la *teama de suferință* (Bericourt).

Neliniștea și teama — urzeală a psihologiei cotidianului în medicină

Abstracție făcînd de durere — evenimentele psihice de care au a ține seama cel mai des medicii sînt anxietatea și teama. Boala este resimțită de către omul sănătos ca un spectru amenințător ori de cîte ori recepționează informații verbale sau scrise despre stări morbide (la unii medici, această teamă dispare prin obișnuire). Teama de boală este cea care îl aduce pe omul aparent valid în cabinetul medical, pentru a i se „controla sănătatea" ; este factorul psihologic de cea mai mare forță care susține campaniile profilactice de vaccinări sau campaniile sanitare de depistare. Boala este resimțită de către omul bolnav nu numai ca o limitare a libertății sale actuale, ci ca o perturbare posibilă în realizarea speranțelor sale de viitor. Boala poate fi o prevestire a morții, a rupturii afective cu mediul, a separării și îndepărtării de o ambianță dragă, a frustrațiilor privind plăcerile sau și datoriile vieții ; ea este o atingere a narcisismului (ceea ce explică *reîntărirea* acestuia, manifestată prin egocentrism) (P. B. Schneider, 1963). Pentru bolnav, prognosticul nu este o problemă intelectuală, de previziune științifică, ca pentru medic. Se adaugă teama de medic — cu aspecte atît de caracteristice la copilul mic ; — teama de manevrele exploratorii sau terapeutice (sondaje, injecții) ; teama de rezultatul analizelor de laborator ; teama de intervențiile operatorii (care nu este numai o teamă de durere sau de mutilare, ci și o teamă de incidente și accidente neprevăzute și — în orice caz — o teamă de *necunoscut*). Puține sînt intervențiile terapeutice lipsite complet de orice risc și bolnavul (mai ales cel cult și lucid) intuiește că boala înseamnă trecerea printr-o zonă periculoasă. Încrederea în medic (de multe ori rezultatul priceperii acestuia de a cîștiga încrederea bolnavului, dar adesea *în primul rînd* oglindirea prestigiului și renumelui acestuia) este cel mai bun mijloc care risipește teama. Ne putem ajuta, evident, cu sedative. Uneori, trebuie tratat fondul temperamental anxiogen al bolnavului (tetania, hipoparatiroidismul, distonia neurovegetativă). Este greșit obiceiul unor medici de a căuta să înăbușe anxietatea *întemeiată* a bolnavului printr-o comportare aspră, rigidă, chiar generatoare de teroare. În hipertiroidism, unde capacitatea de a reacționa prin teamă și spaimă este mult exagerată, data operației nu era anunțată bolnavului, pentru a evita o reacție psihovegetativă uneori realmente malignă. Pregătirea bolnavului în ziua operației se face prin sedare și provocarea unei stări crepusculare (Pantopon etc.) Nu trebuie să uităm că anxietatea redeșteaptă, la mulți bolnavi, trăsături *superstițioase* de care trebuie să ținem seama, oricît de absurd ni s-ar părea. De exemplu, bolnavul care se teme să fie operat într-o zi de marți sau la data de 13 ale lunii nu trebuie operat împotriva voinței sale, deoarece prin mecanisme de autosugestie el poate contribui *psihogen* la înrăutățirea stării sale.

Și *medicul* contribuie la „fondul" de anxietate (de obicei, bine disimulată) care caracterizează o bună parte din practica medicală cotidiană. Teama de contagiune — în cazul bolilor infecțioase și epidemice — este unul dintre fenomenele frecvent întîlnite în acest cîmp. „Teama de bolnav" poate fi, de exemplu, și teama psihiatrului de actele agresive ale psihoticilor și ale demenților. Dar ea poate fi și teama medicului-bărbat

de „fixarea“ afectivă a unei bolnave, cu numeroase complicații ce pot decurge de aici. Medicul are de învins însă și alte temeri și anxietăți, care țin de eficacitatea actului medical : teama de „eroarea medicală“ în diagnostic și în tratament ; „tracul“ chirurgului înainte și în timpul operației ; teama de a nu reuși, în „încleștarea cu moartea“ pe care o provoacă orice urgență medico-chirurgicală etc. Se adaugă cele care țin de conștiința *responsabilității* sale și de eventualitatea de a fi *tras la răspundere* pentru neglijențe, erori, incompetențe etc.

Teama este și un mecanism de atragere a atenției organelor politice de stat către problemele de sănătate publică și de medicină. W. Gilman, analizînd evoluția politicii științifice în S.U.A. în ultimii 25 de ani, arată că finanțarea cercetărilor cu privire la antibiotice a fost impusă de necesitățile frontului (în război) ; ulterior, fondurile au fost orientate în sectorul oncologic. Dar, în 1955 și în anii următori, a survenit atacul de cord a lui Johnson și apoi cel al preșdintelui Eisenhover ; a revenit în memorie spectacolul *infirmului* F. D. Roosevelt, mort prin hemoragie cerebrală etc., „fiecare dintre aceste evenimente fiind o dramatică sfidare, sau reclamație pentru cercetare...“. În zece ani, bugetele departamentului de sănătate și ale institutelor medicale au crescut de la o sumă totală de 81 milioane de dolari la o sumă totală de 1 miliard*.



Anxietatea este un fenomen asupra căruia merită să ne oprim mai mult. Există treceri nesimțite (de unde confuzii descriptive și interpretative) între teamă, frică, spaimă, anxietate, „angoasă“**, angoasă umană „normală“ ori „existențială“ și angoasă patologică sau morbidă ; toate sînt stări psihosomatice, dar manifestările somatice (viscerale etc.) sînt mai pronunțate în spaimă. În forma sa cea mai clasică, angoasa se prezintă, clinic, într-un mod foarte asemănător cu teama, însă fără să existe o primejdie reală sau o amenințare de pericol vital (obiectiv, conștient, actual). Explicațiile psihopatologice ale angoasei o fac să urce la temeri sau spaime trăite efectiv, cîndva, de subiect, ea reapărînd atunci cînd există reînvierea (mai ales inconștientă) a acestor stări primordiale : (după psihanaliști) — teamă în fața culpabilității oedipiene și angoasă de castrație cu toate vicisitudinile și simbolizările sale, teamă de a fi abandonat de către mamă sau de către substitutul ei, teamă în urma eșecurilor sau a situațiilor de neputință, teamă foarte arhaică de distrugere corporală sau de alterare a personalității, teamă — ipotetică încă — de traumatismul nașterii, teamă de moarte cu toate implicațiile psihologice și filozofice pe care le comportă, teamă de neant (sau, mai exact, de „neantificare“) — în perspectiva existențialistă filozofică și medicală... Noțiunea comună este cea de *amenințare* (Schneider). După L. Bovet, angoasa este o „emoție rezultînd din așteptarea nesigură și temătoare

* Pentru comparație, menționăm că bomba atomică și radarul au „costat“, fiecare, cîte un miliard ; aproximativ un miliard costă fiecare nou tip de rachetă și navă spațială.

** În limba franceză *angoisse* ; în limba germană *Angst* (care înseamnă și frică) ; dar limba engleză nu are decît cuvîntul *anxiety*.

a reînnoirii evenimentelor și a sentimentelor o dată trăite, pe care le-am încercat subiectiv cîndva ca fiind — pe bună dreptate sau nu — penibile, intolerabile sau depășind puterile noastre". După E. Strasky, angoasa este o „senzație" in tîmp ce anxietatea are o *structură mai complexă* și poate fi opusă, oarecum, speranței. Littré definea angoasa ca un „sentiment de constricție în regiunea epigastrică, cu dificultatea de a respira și mare tristețe". Cît despre anxietate, ea ar putea fi considerată ca un prim stadiu al angoasei, sau ca o angoasă fără manifestările neurovegetative care o însoțesc de obicei.

Știm că existențialiștii văd în angoasă (sau în anxietate) una dintre modalitățile importante ale condiției umane : Kierkegaard o leagă de dobîndirea libertății, în timp ce Hidegger vede într-însa o experiență trăită, un *Erlebnis* al neantului. Totuși, după H. Piéron, ideea de neant și chiar conceptul de negație nu pot fi gîndite. Dacă angoasa de moarte apare atunci cînd aprofundăm ideea neantului viitor al propriei persoane, ea decurge din neputința spiritului, în plină dezorientare, de a gîndi un lucru care nu poate fi sesizat *(appréhendé)*. Ca atare angoasa normală, legată de moarte, neant sau libertate, nu apare ca o emoție trăită decît dacă, voluntar, începem să gîndim despre aceste probleme ; ea încetează „la ordinele noastre" atunci cînd părăsim asemenea reflexii. Evident, această stare este diferită de cea pe care o încearcă bolnavii anxioși care nu știu *de ce* sînt anxioși și nu pot să se debaraseze de anxietate.

Psihanaliștii freudieni au, mai curînd, tendința să nege posibilitatea unei angoase „normale", aceasta apărîndu-le ca un derivat inconștient (mai mult sau mai puțin nevrotic) al unei angoase primare trăită în timpul copilăriei sau a primei copilării. Dar pentru V. Gebsattel, conflictele, refulările precare etc. nu fac decît să *demaște* anxietatea, condiție bazală omenească. La o bună parte dintre bolnavi, persistă (mai mult sau mai puțin conștientă) ideea că boala este o *pedeapsă* — iar sentimentul culpabilității întărește anxietatea. Freud distinge (1932) trei tipuri de *Angst (Real-, Neurotische-, Gewissens- Angst)* după cele trei raporturi de dependență pe care *ego*-ul le stabilește : cu lumea exterioară, cu *Id*-ul și cu *super-ego*.

Nu trebuie să uităm că există și un determinism somatogen al angoasei și al anxietății : angoasa bulbară descrisă de Brissaud (și confirmată prin operații neurochirurgicale), angoasa, legată de excitația regiunii temporale a creierului (J. David), din encefalite și din unele tumori cerebrale. Electroșocul determină o anxietate zisă hipotalamică. Sînt bine descrise angoasa hipertiroidiană sau hipoparatiroidiană, cea coronariană, cea a cardiacilor sau a astmaticilor. Această „frică somatică" (Ey) afectează, probabil, mecanismele neurologice ale anxietății și ale angoasei ; nu putem ignora însă și o componentă reacțională a persoanei biologice, „reacția catastrofică" (asupra căreia a insistat, de exemplu, K. Goldstein). Tiroxina, corticosteroizii, adrenalina sînt anxiogene, ca și unele medicamente cum sînt cardiazolul și (tuberculostaticul) cicloserina. Cu privire la cicloserină, se cere însă să nu pierdem din vedere faptul că ea se administrează la cei suferinzi de o boală fizică îndelungată și stressantă (tuberculoza). Pe de altă parte, etapa actuală a dezvoltării farmacodinamiei este centrată pe producerea anxioliticelor și a tranchilizantelor (psihofarmacologie). În unele cazuri, totuși, tratamentul cel

mai eficace al anxietății (poate chiar și a celeia *în ultima instanță* somatogene) este psihoterapia, chiar sub forma elementară a prezenței calmante a medicului (sau a prezenței unui *medic calmant* — ceea ce nu este același lucru). O anxietate *în ultimă instanță* somatogenă (*ultim* în sensul analizei retrospective, adică *primordial*) este, de exemplu, cea dintr-o boală endocrină. Orice anxietate psihogenă este, în instanță, apropiată, *somatizată* sau realizată prin mecanisme somatice. Biochimia anxietății a incriminat catecolaminele și metabolismul acidului lactic (Pitts, 1969).

Angoasa este o emoție intolerabilă și împotriva sa se mobilizează forțe de apărare ale eului. Aceasta explică raritatea relativă a stărilor manifeste de angoasă (ca și a celor depresive, dealtfel), în afara clinicii psihiatrice și a nevrozelor. Intervenția medicului și a personalului auxiliar tinde să ajute la restabilirea echilibrului psihic (a homeostaziei) — mecanismele fundamentale petrecîndu-se în afara cîmpului conștiinței. Dar pot apărea echivalențe și substituții ale angoasei, manifestate prin perturbări ale psihismului și ale comportamentului (Schneider). Unii bolnavi devin neliniștiți și grijulii. Dacă mecanismul de apărare este regresiunea, ei devin pasivi, dependenți, *copilăroși,* foarte sensibili la hrana și la atenția care li se dă, tiranici, avînd impresia că totul li se cuvine. Prin proiecție în exterior se ajunge la neîncredere, bănuială ; sînt oameni plini de resentiment, eventual dezagreabili și agresivi. Alții par să suporte viața cu mult stoicism, ca și cum orice manifestare emotivă ar risca să devie primejdioasă. Este cunoscută și „fuga în somn", ca și supraaprecierea mîncării — actul de a mînca fiind (ca și la sugar) anxiolitic. Alții reacționează însă prin supraactivitate (motorie, intelectuală, profesională) ; supraactivitate adesea însoțită (D. M. Rioch) de o creștere (în sînge și în urină) a glicocorticoizilor. Supraactivitatea tinde să evite confruntarea psihologică cu boala ; este o tactică de diversiune (ca și alcoolul, ca și unele preocupări filozofice și religioase *inautentice*). Aceste mecanisme de apărare constituie *riposte* elementare la amenințarea angoasei (care reprezintă o *reacție* la amenințarea vieții). Ele fac parte dintre atitudinile față de *boală,* reacții și riposte mai complexe, de care ne ocupăm în alt capitol. Acestea trec pe nesimțite în *alimentarea creației* de către boală. Mai departe, asistăm uneori la izolarea bolii de orice context emotiv : bolnavul vorbește despre ea rece, profesional, intelectualizat — exprimîndu-se astfel *distanțarea* sa de boală. Un pas mai departe și ajungem la *ignorarea* bolii (o variantă *psihogenă* de anosognozie !) și nu este de mirare faptul că ea se întîmplă mai ales la cazurile foarte grave*. Dacă reacția este supracompensatoare, apar veselia și optimismul, semne care pot fi neliniștitoare pentru medic (în ce privește prognosticul). Angoasa se mai poate disimula în spatele unei supraestimări magice a posibilităților medicului și a medicinii, care devin instanțe protectoare atotputernice. Alteori pacienții iau o atitudine negativă și agresivă. Agresivitatea și autoagresivitatea reprimă angoasa. Bolnavii sabotează investigațiile diagnostice și tratamentele, sînt indisciplinați și

* Cehov, care a fost și medic practician — și care a murit prin tuberculoză pulmonară —, declara cu cîteva zile înainte de moarte : „sănătatea îmi revine în chintale"

recalcitranți. S-a mai notat și apariția unor simptome obsesionale, de exemplu o adevărată „manie“ a ordinei. Pe acest fond se notează crize *(poussées)* anxioase (J. S. Beigler).

Bolnavii cu nevroză anxioasă reacționează diferit la o boală fizică. Se observă reacții de accentuare a anxietății, căderea în invalidism psihic, dar și reacții paradoxale : simptomatologia mentală dispare ca și cum se mobilizează forțe de apărare pînă atunci ținute în șah.

Înainte de a încheia aceste considerații generale, este cazul să observăm încă o dată (cu Schneider) că „anxietatea poate fi un izvor de energie psihică, modelînd personalitatea bolnavului într-un mod care poate deveni progresiv și structurant“. A. L. Barach (1966, 1967) s-a făcut apărătorul „anxietăților prometeice“, creatoare, deosebindu-le de anxietatea „endemică“ sterilă.

Considerații speciale merită *reacțiile emotive ale copilului* la boală (Dalla Volta). Ele sînt de obicei *reacții de intoleranță* (agitație, insomnie, refuzul alimentelor, plîns). În cea de-a doua copilărie și la copiii preșcolari, se pot întîlni fenomene de *exploatare a stării de boală* sau chiar *dorința de a fi bolnav* ca o expresie a unei „nevoi de dependență“. Cînd copilul este lipsit de energie, se observă o *stare de relativă inerție.*

Moartea ca problemă a psihologiei medicale

Geneza culturală a fricii de moarte

În mod obişnuit, omul de pe stradă „se teme de moarte“ şi găsim naturală (şi explicabilă) o asemenea atitudine. În realitate, atitudinea faţă de moarte este în mare măsură *culturală* (şi nu naturală) şi dependentă în mod *complex* de starea de sănătate fizică şi — mai ales — de starea de sănătate sufletească.

M. Eliade a arătat, în studii de istoria religiilor, că, la multe popoare, „frica de moarte“ începe prin a fi o *frică de morţi*. În mentalitatea primitivă, mortul nu este complet lipsit de „viaţă“ (dealtfel, în concepţia animistă, întreg universul este *însufleţit*), el este capabil să facă rău celor „vii“ (în sensul propriu al acestui cuvînt). Determinantul „concret“ al acestei stări afective, este, în multe cazuri, cadavrul — între altele, poate, amintirea figurată în vis. Prin metamorfozare, această stare de spirit poate fi aşezată atît la originea unor forme de cult al morţilor, cît şi la originea unor forme de teamă de moarte. Este cunoscut faptul că, pe o treaptă mai evoluată a civilizaţiei, credinţa în „viaţa de apoi“ poate genera în masă (ca o caracteristică *culturală* a unor popoare) o adevărată *simpatie* pentru moarte (exprimată poetic de M. Eminescu în *Rugăciunea unui dac*). Moartea „fericită“ (*euthanasia,* în sensul etimologic al acestui cuvînt) poate fi condiţionată, la aceste popoare, de *semnificaţia* ei (martirul creştinilor) sau de *situaţia* omului în momentul morţii (Vikingii credeau că ajung în Walhala, dacă mor cu sabia în mînă, luptînd). O variantă a credinţei în nemurirea sufletului este credinţa în reîncarnare (metempsicoza). Printre cei care au căutat o întemeiere *(biologică* a atitudinii faţă de moarte îl citâm mai întîi pe E. Mecinikov (în *Eseurile* sale *optimiste*). În mod curent se vorbeşte de „instinctul de conservare“, care ne-ar obliga (prin mijlocirea reacţiilor afective) să ne ferim de moarte, să căutăm s-o evităm, să ne fie teamă de ceea ce constituie un risc pentru viaţă. Ori, în lumea animală, nu sînt rare cazurile în care sacrificiul individului în interesul progeniturii şi al speciei reprezintă *regula,* un moment fatal şi natural în ciclul existenţei organismului. Îmbătrînirea, ducînd fatal spre o moarte naturală — în specia umană,

este plauzibil să admitem existența unui „instinct“ care să-l facă pe omul (foarte) bătrîn să *dorească* împlinirea acestei fatalități în ordinea lucrurilor. Mecinikov a crezut a putea argumenta manifestarea acestui instinct la longivivi.

S. Freud, într-o anumită etapă a evoluției gîndirii sale, s-a considerat îndreptățit să emită ipoteza existenței a două instincte fundamentale — *instinctul vieții* (identificabil cu *libido*) și *instinctul morții* (etichetat cu *mortido*), dinamizînd simultan viața psihică dinspre inconștient. Se poate vorbi și despre *Eros*, în opoziție cu *Thanatos*. Instinctul morții ar fi o tendință inerentă în orice viață organică pentru a se întoarce la o stare mai timpurie, *anorganică*, a existenței.

Geneza culturală a imaginii terifiante despre moarte a fost examinată, între alții, de către I. Biberi. *Iconografia* morții, reprezentarea sa alegorică, exprimă variabilitatea atitudinii umane în funcție de epoci, dă un echivalent sensibilității colective — dar ea influențează, la rîndul ei, atitudinea. Este de menționat opoziția dintre reprezentarea morții de către antici, vădind un calm surîzător și respirînd o melancolie resemnată — și între simbolizările evului mediu, înfățișînd pe zidurile mănăstirilor schelete sau forme în putrefacție și descompunere. Cele două feluri de reprezentări traduc o diferență de atitudine : de o parte un echilibru senin și de alta o sensibilitate turmentată și instabilă. I. Biberi subliniază că reprezentarea medievală are și o tematică egalitară ; ea este, în același timp o expresie a protestului împotriva inegalității sociale : dansurile macabre sugerează vanitatea diferențelor de categorii sociale (șterse cu ușurință prin moarte, fie ea tîrzie sau năprasnică) ; frecvent, schelete ale oamenilor bogați sînt figurate în vecinătatea scheletelor cerșetorilor. Obsesia morții și reprezentarea ei terifiantă se datorează, pe de o parte, influenței creștinismului, pe de altă parte, frecventelor epidemii care decimau populația Europei ; printre aceste epidemii, un rol însemnat revine celor de ciumă. Pesta, „moartea neagră“, prin formele sale fulgerătoare, prin incapacitatea omului de a o stăpîni, prin incomprehensibilitatea și inexorabilitatea ei, a contribuit în mare măsură la încetățenirea ideii de moarte-blestem, lovind „din senin“ și constituind astfel o amenințare continuă, latentă, o teroare a cărei presiune a durat secole întregi*.

Scheletul, care la antici nu era decît un *memento mori*, devine un simbol al sensibilității obsedante. Dar „neliniștea izvorîtă din perspectiva singurătății omului sau a întîlnirii lui individuale cu moartea, este ocolită și rezolvată în dezlănțuirea colectivă, abrutizantă și zgomotoasă a dansului, menit să producă uitarea“. Ronda mai reprezintă și un „artificiu“ de liniștire a spaimei individuale — figurînd conștiința faptului că moartea este un fenomen ce lovește întreaga omenire. În orice caz, sîntem departe de imaginea antică a somnului frate geamăn cu moartea, răsăriți deopotrivă din noapte. În iconografia modernă continuă să răzbată ideea fundamentală a *opoziției* dintre viață și moarte, între ele nefiind nici o punte de comunicare. *Opoziția* aceasta poate fi privită *(Kast-*

---

* Caracterul arhetipic și simbolic al flagelului a fost bine sesizat de A. Camus în romanul său *Ciuma*.

ner) pe de o parte ca un rezultat al observației superficiale și vulgare, pe de altă parte ca un produs al tendinței spiritului uman de a opera cu elemente antipodice și simetrice.

Dacă în cultura armonică și echilibrată a vechilor eleni se găsește filozofia *acceptării* destinului „implacabil", omul modern caută, dincolo de imaginea trupului lipsit de viață, *sensuri* morții și (dezorientată de răspunsuri) ajunge să nege sensul vieții. Literatura romantică a secolului al XIX-lea a prezentat de multe ori moartea ca un obstacol suprem, dar frecvent, la realizarea speranțelor individuale (G. Leopardi), insistînd asupra morții pretimpurii, prin boală. Poemul *Mortua est* al lui M. Eminescu este caracteristic, P. Bourget a descris cu lux de amănunte progresiunea nemiloasă a unui cancer de cap de pancreas, pentru a opune *moartea fără sens* — morții prin sacrificiu pentru oameni sau pentru o idee *(Le sens de la mort)*. Evident, refuzul sau acceptarea morții în funcție de *sensul* ei personal, social etc., este cu totul altceva decît frica de moarte ca o experiență dureroasă, chinuitoare, îngrozitoare. Este cu totul altceva decît frica de moarte ca *frică de necunoscut* sau ca frică de a trece într-un tărîm de ispășire (ca în monologul lui Hamlet din piesa lui Shakespeare). Seneca, Cicero și Plato preconizau să întîmpine moartea cu dragoste și nu cu supărare. Dar G. Barbarin observă că moartea reprezintă un salt atît de mare în necunoscut, încît chiar printre cele mai aventuroase firi nu se găsesc persoane care să simtă nevoia de a-și satisface, murind, o curiozitate.

Psihologia clipei de moarte

Într-o lucrare amplă, G. Barbarin și-a propus să demonstreze că, în general, imaginea despre moarte ca încheiere înfricoșătoare a vieții nu corespunde realității psihologice și că ea ține de legende cu răspîndire limitată în spațiu și timp. „*Moartea,* cu majuscule, craniul cu orbite goale, este opera pictorului, a zugravului și a poetului. În realitate, moartea nu are nici înfățișare, nici esență, nici personalitate". Ceea ce ne înspăimîntă nu este, de fapt, moartea *noastră,* ci moartea *celuilalt,* ale cărei faze se desfășoară dramatic în fața noastră. Moravurile sociale au făcut din *cazul* de moarte, un *spectacol* exterior, în timp ce el ar trebui să rămînă un act intim. „Suferința este *prețul vieții.* Suferim mai îndelung pentru a ne însănătoși decît pentru a muri". Mahatma Gandhi a opus teama de moarte a *hindusului* atitudinii arabilor și a afganilor, care văd în moarte numai o neplăcere *printre altele.* R. P. Huc a observat numeroși chinezi murind „fără a se lupta cu moartea", stingîndu-se „ca o lampă fără ulei". După G. Barbarin, rădăcina „luptei cu moartea" se găsește în rezistența oricărei creaturi conștiente față de gîndul dispariției sale — rezistență determinată de mîndrie, de obișnuință sau de spaimă. M. Maeterlinck a atras însă atenția asupra faptului că spaima ține, de multe ori, de confuzia pe care o facem între *boala* care duce la moarte și *sfîrșitul* acestei boli. Un alt autor, R. W. Mac Kenna, recunoaște că frica de moarte este larg răspîndită printre oameni, dar este și relativ ușor de învins, ceea ce ar constitui un argument împotriva ideii că ea ar fi expresia unui instinct. În adevăr, frica de moarte pălește sub influența altor

emoții sau chiar sub influența unor impulse momentane : o interferează, de exemplu, dragostea, ațîțarea luptei, chemarea datoriei, instinctul matern. Celebrul medic german Chr. Hufeland, care a trăit la începutul secolului al XIX-lea, scria în *Macrobiotica* sa, că nici o teamă nu generează mai multă nefericire decît teama de moarte și că această teamă scurtează durata vieții ; credea, însă, că această teamă poate fi învinsă, dacă ne familiarizăm cu ideea morții. Invers, se poate vorbi despre „intoxicați" cu ideea morții — și acestora li se pot opune perspective mai luminoase. „Intoxicații" cu ideea morții au fost (după opinia lui Barbarin) mulți scriitori cunoscuți : M. Barrès, P. Loti, H. Duvernois, J. H. Rosny. Dar încă Epictet spunea că lucrul cel mai îngrozitor din moarte este ideea pe care ne-o facem despre ea, iar Montaigne scria că *philosopher, c'est apprendre à mourir*. S. Butler vedea în moarte un eveniment (sau un incident ?) care produce mai multă *frică* decît *neplăcere*. Același Montaigne se întreba dacă *intrarea în viață* (nașterea) nu este mai greu de suportat decît moartea — întrebare care pare să-și găsească un răspuns afirmativ în lumina cercetărilor psihologice mai noi (menționăm teza despre „traumatismul nașterii" elaborată de O. Ranke și de alți psihanaliști).

Un clinician celebru, sir William Osler, a luat note detaliate cu privire la 500 de morți la care a asistat. Nouăzeci dintre pacienți au suferit de durere fizică sau de suferințe variate ; 11 au arătat teamă (sau presimțire ?), numai doi — groază ; cîte unul a prezentat exaltare spirituală sau remușcări amare. Pentru marea majoritate însă, „moartea a fost asemănătoare cu nașterea — somn și uitare". Comparația morții cu nașterea se întîlnește și la William Gull. William Hunter, în ceasul morții, regreta că nu mai are forța să descrie „cît de ușoară și de plăcută" este această ultimă experiență a vieții.

Pornind de la asemenea mărturisiri, G. Barbarin a susținut teza „morții dulci". După el, durerea și spaima nu pot să apară, de foarte multe ori, din cauza rapidității cu care se precipită deznodămîntul, sau — în cazul multor boli — din cauza epuizării nervoase ori a anasteziei asfixice*. Autorul amintește lucrarea lui A. Salivas din Bordeaux (1883), care a deosebit, după manifestările psihologice din apropierea morții, trei clase de boli :

a) cele în care nu apare delir, în care inteligența rămîne adeseori intactă pînă în ultmia clipă — și în care moartea se produce prin cord sau plămîn. Din această categorie fac parte majoritatea afecțiunilor medicale. Uneori se remarcă o stare de vioiciune premortală, iar „masca" mortuară este cîteodată chiar extatică *(moriendum vaticinatio)*. Mulți bolnavi mor resemnați, unii se calmează (după o perioadă de anxietate și de agitație) și pot elabora proiecte pentru viitor. Sentimentul de *bien-être* din ultimele clipe a fost consemnat sau admis de Barthez, Cabanis, Darwin, ș.a. Istoria păstrează date despre excitația euforică premortală a împăratului Hadrian, a poetului Ronsard, a scriitorului Alfieri. După Moreau de Tours și Salivas, explicația acestei stări poate fi căutată

* O importantă serie de observații clinice asupra ultimelor clipe din viață a fost strînsă de H. de Varigny *(La mort et le sentiment)*. Despre *dolcezza di morire* a vorbit G. Leopardi. Schopenhauer admitea că reflexul subiectiv al morții nu poate fi decît *pierderea* conștiinței.

într-o stare de excitație terminală a centrilor nervoși (simpatici ?), în timp ce Legrand de Saulle emite ipoteza unei alimentări *energetice* suplimentare a creierului ;

b) altă categorie de boli interesează secundar creierul ; ele se pot însoți de delir ;

c) în sfîrșit, în bolile care afectează direct creierul, tulburările de conștiință sînt constante.

Există, firește, și situații mai puțin „convenabile". Voivenel citează, printre bolile cu *exitus dramatic*, peritonitele, pancreatitele acute etc., dar atrage atenția asupra faptului că *drama subiectivă* se limitează, de obicei, la începutul evoluției sindroamelor, cînd organismul nu este încă intoxicat și infectat.

G. Barbarin trece în revistă, între altele, cazuistica privind moartea prin febră tifoidă, moartea subită, moartea „naturală" prin bătrînețe, moartea prin asfixia accidentală, prin înec, prin electrocutare, prin otrăvire cu gaz de iluminat, prin incendiu, prin îngropare în timpul unui cutremur, prin accidente de circulație, prin arme de foc, prin cădere din avion sau în prăpastie, prin atac al fiarelor sălbatice, prin execuții capitale, prin spînzurare, prin otrăvire, prin epuizare, prin rănire mortală în bătălii militare etc.

H. de Varigny vede „o poziție cîștigată" în concluzia că moartea nu este chiar atît de neplăcută pe cît ne-o imaginăm. Barbarin pledează pentru teza morții *analgetice* și citează situații în care moartea pare să fie însoțită de un sentiment de fericire (intoxicația cu oxid de carbon, după Roubaud). În cazuri de traumatisme fizice sau de accidente, nu numai durerea, ci și spaima lipsesc în momentele critice ; durerea apare mai tîrziu. Firește, starea de spirit a condamnaților la moarte alcătuiește un capitol aparte. A. Hoche a putut scrie, în 1919, că pedeapsa cu moartea înseamnează, de fapt, o condamnare la *spaima de moarte* — însă pe autor îl interesează *senzațiile și emoțiile* din momentul *suprem*. De multe ori s-a notat că ostașii, în timpul atacului, nu simt pătrunderea gloanțelor sau a baionetelor în corp (ceea ce se datorează în mare parte, stării speciale de excitație psihică). O excepție la regula „morții plăcute" a lui Barbarin o constituie unele execuții barbare prin tortură, de asemenea intoxicația cu stricnină, tetanosul. Remarcabilă este observația că, în cazurile de agonie sau de pierdere a conștiinței care nu s-au soldat cu moartea, faza dureroasă, neplăcută, greu de suportat a fost *întoarcerea la viață*. Organismul care își recapătă forțele, își recapătă în același timp capacitatea de suferință (H. de Varigny). S-a ridicat și problema dacă *reanimarea artificială*, medicală, deși mai eficace, nu produce mai multe suferințe decît revenirea spontană, prin mijloacele de apărare proprii ale organismului. Napoleon obișnuia să spună că „medicii și preoții au făcut ca moartea să fie dureroasă", iar M. Maeterlinck scria că „întreaga noastră știință ne ajută să murim cu mai multă durere decît animalele, care nu știu nimic". Maeterlinck (poet) critica obiceiul medicilor (interpretat de aceștia ca *datorie*) de a prelungi cît se poate mai mult agonia dureroasă a cazurilor disperate. În practică, întîlnim cîteodată cazuri în care bolnavii incurabili reproșează medicilor prelungirea existenței lor. Istoria reține, ca un caz „tipic" pe cel al lui La Boétie.

Ca argument pentru regula „morții dulci", G. Barbarin aduce observațiile psihologice efectuate de stări *analoage* morții, cum sînt anestezia generală, somnul prin narcotice, sincopa, letargia și catalepsia, *knock-out*-ul și chiar somnul cel mai banal.

În 1963, F. Marti-Ibanez a susținut un punct de vedere asemănător. „Împotriva părerii populare, moartea de toate felurile (cu excepția unor cazuri neobișnuite sau unor accidente) nu este însoțită de durere fizică — dimpotrivă, este suportată cu seninătate și chiar cu o anumită stare de bine și de exaltare spirituală, cu o euforie premortală, care nu are origine religioasă sau filozofică ci este determinată de acțiunea anestezică a bioxidului de carbon asupra sistemului nervos central ca și de efectul substanțelor toxice." Această interpretare nu diminuă însă importanța *atitudinii spirituale* față de viață și de moarte, ca „psihoprofilaxie" a stărilor psihice nedorite din momentul *exitus*-ului.

O poziție deosebită o întîlnim la I. Biberi. După psihiatrul și scriitorul român, există o conexiune intimă între *thanatos* și spaimă. Spaima se manifestă pe niveluri și planuri diferite (umoral, organic, sufletesc) ca o „premoniție a morții iminente și inefabile". Acest sentiment „penibil și copleșitor" este legat cu o „tensiune de așteptare, care traduce percepția suspendării timpului și intuirea nemijlocită a morții". I. Biberi precizează, în continuare, că „intuirea morții se poate face în două împrejurări : lucid și integrat, în spaimă, obnubilat și destrămat, în agonie". A treia modalitate de cunoaștere a morții, prin adeziune voluntară la moarte (sau negația voluntară a valorilor vitale) prin identificare cu planul neantului, prin *indiferentism* — este principial neadecvată, deoarece detracarea echilibrului organic pare a fi condiția *sine qua non* a coborîrii într-o existență intemporală.

De pe pozițiile *psihologiei dinamice* s-a susținut (D. Cappon, 1959) că persoana muribundă, neputînd concepe neființa ca o apărare a *ego*-ului ei, încearcă să „raționalizeze" plecarea dintre cei vii. Firele de *libido* care leagă pacientul de viață sînt desfăcute, rămînînd, pentru un timp, doar investiția narcisistică în corpul dominat de boală. Incapabile să susțină dorința de a trăi, aceste fire se rup și ele, astfel încît pacientul poate lua cunoștință de prognoza finală *chiar* cu un sentiment de ușurare.

De pe pozițiile *medicinii antropologice,* se poate face distincția între „moarte *bună*", care înseamnă depășirea „vechiului" — ca premisă a noului, a creșterii, a dezvoltării și „moartea" *negativă.* Moartea „bună" este acea *la vie c'est la mort* a lui Cl. Bernard (sau, mai curînd, moartea „vie", imanentă, pozitivă) ; este moartea cîntată în versurile lui R.M. Rilke, moartea „cu sens". Moartea cea „moartă" este simbolizată prin cadavru *(la charogne)* — cadvrul simbolizînd, la rîndul său, ceva ce este rău, impur, interzis, corupt, descompus, *„excreta* la puterea a doua" (Schopenhauer). *Tabu*-ul morții și frica de *mort* pot fi, în parte, explicate prin această interpretare.

Atitudini față de moarte

Frica nu este singura atitudine afectivă față de moarte pe care o întîlnește medicul la bolnavii săi. Modul în care privim moartea — înțeleasă ca opoziție, ca negație, sau ca sfîrșit al vieții, reflectă evident ati-

tudinea afectivă față de viață : față de viața *noastră* concretă, față de viața activă a omenirii (în care sîntem angajați), față de viața biologică pe care o „apreciem“ distanțîndu-ne *intelectual* de dînsa. Traumatismele afective suferite în cursul vieții pot duce la o stare de *indiferentism* față de viață și moarte, stare în care balanța poate fi înclinată într-o parte sau alta, cel mult prin mijlocirea unor *argumentații*. Se vorbește în aceste cazuri de *tentația* neantului, dar și de tentația de a *exista* (Cioran).

Lupta cu *obsesia* morții este altceva decît lupta cu *seducția* ei : M. Eminescu a exprimat în chip perfect ideea morții *calmante*. În *Unchiul Vanea*, A. P. Cehov vorbește (pe linia anumitor tradiții creștine) de moartea ca *odihnă* întrevăzută și bine meritată. Michelet scria că este „consolant să te gîndești că nimic din ceea ce are viață nu scapă legii universale a morții“. Poetul german Th. Fontane are o strofă (postumă) în care spune că „cel mai bun“ lucru pe care ni-l oferă viața, este conștiința că se sfîrșește cîndva. În alte cazuri, găsim oscilații dramatice între aderența la viață (se poate vorbi de o *fugă în viață)* și seducția morții — înțeleasă ca împărăție a liniștii și a păcii. Există o diferență esențială între *a trăi pentru că îți place, a trăi din „conformism“ social, a trăi pentru că ți-e frică de moarte* și *a trăi din obligație,* considerîndu-ți viața ca pe o datorie. Versurile lui G. Coșbuc (care constituie, totodată, epitaful său) sînt semnificative : „O luptă-i viața, deci te luptă / cu dragoste de ea, cu dor / ... Tu-i ai pe-ai tăi ? De n-ai pe nimeni / te lupți pe seama tuturor“. Pentru G. Coșbuc „ești un nemernic / de n-ai un țel *hotărîtor*“. Justificările obligației de a trăi pot fi pămîntești (de ex. datoria față de copii) sau transcendente (sinuciderea — considerată ca un mare păcat de religia catolică).

Concepția generală despre lume și viață este, așa dar, un determinant de prim rang al *atitudinii* afective față de viață și față de moarte (sînt influențe dinspre sfera *spirituală* spre cea *sufletească)*. Cele două tipuri *extreme* descrise de F. Baumgarten — tipul „legat de viață“ *(Lebensgebunden),* pentru care activitatea este un mijloc pentru a obține satisfacții din sfera vieții și tipul „legat de operă“ *(Werkgebunden),* pentru care viața este un mijloc de realizare a unui țel axiologic (cu durabilitate, utilitate sau bucurîndu-se de respect și de apreciere *suprapersonală)* — au, fiecare, o atitudine particulară în problema morții. Meșterul Manole din balada noastră populară *(Legenda Mănăstirii Argeș)* este un tip legat de operă. Eroii științei — dar și o bună parte din eroii istoriei politice — își extrag capacitatea de sacrificiu și atitudinea curajoasă în fața morții dintr-o filozofie în care *individul* valorează *mai ales* prin contribuțiile sale de interes suprapersonal. Pentru omul „legat de operă“, ducerea la bun sfîrșit a unei activități creatoare înseamnă nu numai o împăcare cu viața, ci și o împăcare cu moartea. În aceste cazuri, ideea morții nu reprezintă niciodată (sau aproape niciodată) o obsesie paralizantă, ci un stimul al activității ; *memento mori* înseamnă o invitație la folosirea optimă a capacităților de muncă, a timpului disponibil *(ars longa, vita brevis* — spuneau vechii hipocratici). Pentru omul „legat de viață“, ducerea la bun sfîrșit a unei activități creatoare înseamnă deschiderea a noi posibilități pentru savurarea vieții. Ideea morții este gonită prin aderență (sau prin „dizolvare“) în viață, iar *memento mori* înseamnă o invitație la culegerea atentă a clipelor *(carpe diem).*

Corelații între tipul de mentalitate și atitudinea față de viață și față de moarte pot porni și de la alte analogii : de la tipologia *Weltanschauung*-urilor elaborate de K. Jaspers sau de la acele „forme ale vieții“ (Lebensformen) descrise de Spranger ; acesta din urmă deosebea, printre alte ipostaze ale Omului, tipurile : teoretic, economic, estetic, de putere, religios, social (omul tehnic este un tip complex !), fiecare definit prin supremația unei anumite valori în „tabela“ sa axiologică (o orientare dominantă către o anumită valoare structurează personalitatea în mod specific). Atitudini caracteristice sînt exprimate în folclorul poporului român. L. Rusu consideră ca fiind la fel de caracteristice atitudinea ciobanului din *Miorița* (contemplare și resemnare învăluită de farmecul restituirii către natura frumoasă), sacrificul constructiv al Meșterului Manole și atitudinea combativă, neînfricată, de tip haiducesc *(Toma Alimoș)*. Dacă reunirea lor în aceeași persoană este discutabilă, prezența lor în același popor îi asigură acestuia adaptarea, supraviețuirea și creativitatea.

Există însă și repercusiuni ale sferei *sufletești* spre cea *spirituală*. Accidente biografice în evoluția psihică, infirmități și boli, traume și drame psihice influențează (pînă la o a determina) concepția despre lume și viață. Caracteristică reacțiilor romantice este „revelația“ sensului sau non-sensului existenței prin fulgurația unui incident sau accident personal. Pentru G. Leopardi moartea unei fete tinere este un argument suficient pentru a conchide cu viața este „amar și plictiseală, iar lumea este mocirloasă“. Pentru M. Eminescu *(Mortua est)* o moarte asemănătoare a unei fete pe care, probabil, o iubea (deși ar fi fost suficient pentru „logica“ expunerii — să o admire) este un argument peremptoriu în favoarea ateismului și a ideii *lipsei de sens* a fenomenelor naturale. O asemenea „revelație“, legată de incidente sau accidente personale (din domeniul suferinței, bolii, morții) stă la rădăcina multor ramuri moderne ale medicinii „heterodoxe“ sau „neconvenționale“, cum sînt *Christian Science*, dar și homeopatia sau variante de naturism. Psihologia bolnavilor incurabili se caracterizează, în multe cazuri, printr-o evoluție sau o involuție spirituală ce reflectă reacția personalității față de boală. În toate aceste cazuri, se pune, totuși, întrebarea dacă infirmitatea sau boala *determină*, sau numai *ocazionează* o asemenea transformare ; dacă reacția este *specifică* pentru boală, stare, situație *(alospecifică)* sau specifică pentru personalitate, pentru capacitatea și profilul ei individual de ripostă *(idiospecifică* sau *tipospecifică)*. Trebuie avută în vedere, de asemenea, eventualitatea în care reacțiile, alospecifică și tipospecifică, merg în același sens, constituind în acest caz un cerc vicios (de exemplu, anxietatea condiționată de evenimente poate amplifica anxietatea temperamentală). Modificările psihologice determinate de o boală amenințătoare pot fi (după cum am mai menționat) de tip regresiv (represiv), în sensul dat de către psihanaliză acestui termen. În unele cazuri regresiunea merge spre mentalitate de tip magic, mistic etc.

O atenție particulară o merită atitudinea față de viață și față de moarte a unor canceroși (sau numai a unor indivizi „predispuși“ la cancer). După Le Shan, acești bolnavi sînt adesea „disperați de a fi ei-înșiși“ (autorul folosește o expresie a lui Kierkegaard). Dincolo de o aparentă justificare, oarecum reușită, la cerințele vieții, explorarea psihologică

care merge în adîncime (care nu se mulțumește cu aprecierea superficială) descoperă lipsa unei satisfacții reale, lipsa speranței și a unui „sens“ subiectiv dat vieții. Deși acești bolnavi se tem de moarte, ei nu doresc să trăiască. O stare sufletească analoagă (?) a fost descrisă încă de Seneca sub eticheta *libido-moriendi.* Lipsa de credință în propriile capacități de dezvoltare se asociază cu impresia că orice contact cu lumea este traumatizant sau disproporționat față de rezultate. Aprecierea destinului amintește de legenda lui Sisif. Propriul eu este „intolerabil“. Paradoxal, investiția energetică și de inițiativă în activitatea zilnică pot fi menținute ; *Weltanschauung*-ul bazal al pacienților este însă unul „mecanic“, fiind gîndit și un predeterminism cenușiu, un destin implacabil *(moira).*

Marele romancier german Th. Mann a consacrat multe pagini bolii și morții. El tinde să adere la părerea că, pentru destinul multor oameni, abia atunci cînd ei sînt „copți pentru moarte“ are loc și *maturația vieții.* Boala și moartea (mai bine zis apropierea morții) sînt „marii educatori“, însemnate călăuze prețioase către ceea ce este *omenesc.* Ceea ce elogiază Th. Mann este însă *viața,* dar o viață autodisciplinată, care a renunțat la rătăciri, simpatii primejdioase și „farmece“ ; o *sănătate superioară,* care restabilește „ideea omenească în puritatea ei“. Totodată Th. Mann prezintă moartea „cu două fețe“, una comică și una tragică, una rizibilă și una gravă.

O problemă importantă de psihologie medicală este aceea a *atitudinilor și comportamentului celui condamnat sau a muribundului* față de *ceilalți.* Unele cercetări (sau scrieri literare) pun în evidență „răutatea“, „negativismul“, tendința de a „deteriora“ ; altele dimpotrivă, o „creștere“ psihică (intuiții valoroase asupra experienței, mari bucurii, importante reevaluări ale trecutului).

Schopenhauer susținea că, dacă n-ar fi existat moartea pe Pămînt, cu greu s-ar concepe și existența filozofiei. Afirmația este, în multiple sensuri, de ordinul evidenței (deși nu numai de ordinul evidenței *elementare*). Omul este — se spune — singura ființă care știe că este muritoare, moartea este trecută printre certitudinile *necondiționate* ale vieții. Această certitudine a fost exploatată pînă la refuz de către filozofia existențialistă (Kierkegaard, Heidegger, J. P. Sartre). O examinare a eseurilor sau numai a discuțiilor ocazionale pe această temă ne arată însă superficialități și confuzii inadmisibile. Pentru că ele se cer evitate de către medicul practician, considerăm utilă transcrierea unei sistematizări „didactice“ a atitudinilor față de moarte. Se confundă prea ades *perspectiva* „de principiu“ a morții *(toți oamenii sînt muritori),* cu *amenințarea morții* (de exemplu, printr-o boală gravă), cu *iminența* morții (într-o urgență medico-chirurgicală sau în evoluția imposibil de stăpînit a unei maladii), cu *frica de moarte* — privită ca o trecere înspre un „dincolo“ (ce poate fi neant). Nuvela lui Lev Tolstoi, *Moartea lui Ilici,* este citată ca fiind ilustrativă pentru conștientizarea, prin boală, a situației existențiale a celui muritor (V. Gusic, 1980). Se confundă, de asemenea, incurabilitatea cu suferința ; sau frica de moarte cu dragostea de viață, ori iubirea de moarte cu frica de viață — ca în unele aforisme ale lui Schopenhauer. Destinul inexorabil al Omului, ca ființă muritoare, este

identificat în mod nepermis cu incapacitatea medicinii terapeutice („naturalul“ este interpretat ca „eșec tehnic“).

„Omul în fața morții constituie, în esență, nu numai o problemă de *tanatologie* (moartea umană ca obiect de știință, M. Kernbach), cît, mai ales, o problemă de *antitanatologie,* o cercetare a reacțiilor și ripostelor, practice, teoretice, psihologice, mitologice, culturale etc.

Deosebim :

A) *mijloace tanatoprive :*

a) combaterea „realității“ morții prin mijloace active : optimizarea vieții individuale și colective (eubioza) ; medicina însăși (ca practică și ca știință) ; evitarea morții accidentale ; prelungirea vieții (macrobiotica) ; profilaxia noxelor toxice ; lupta împotriva războiului etc. ;

b) compensarea pierderilor aduse de moarte : demografică (procreația) și în relațiile umane (rezerve de prieteni, de cadre profesionale, de soldați etc.) ;

c) asigurarea conservării, perenității, valorificării (măcar) parțiale a vieții pieritoare : viață biologică (în progenitură), viață socială (civilizație și cultură : modalitate de nemurire prin creație, memorie, inscripții, documente, legende, monumente funerare etc.).

B) *mijloace pasive :*

a) „buna folosință“ a morții (sacrificiul, înlocuirea vechiului cu noul, restituire spre ciclul materiei, pedeapsa, răzbunarea, eutanasia, „experimentul“ util etc.) ;

b) „buna folosință“ a ideei despre moarte (eventual și exacerbarea controlată a conștiinței fatalității morții), în scop juridic, moral, religios, filozofic, artistic, social-politic, medical (teama de moarte obligă la îngrijirea sănătății) ;

c) conviețuirea cu ideea de moarte : metode de cenzură (evitarea gîndurilor despre moarte), metode de mascare, de „fard“ și de ornamentare (de exemplu, analogarea morții cu somnul), metode de obișnuire (ca în epidemii, în catastrofe naturale, în război, în medicina de urgență), metode de „vaccinare psihică“ (de exemplu, pregătirea la traumatismul pierderii unei ființe dragi prin familiarizarea cu moartea altora) ;

d) mijloace chimice (psihotrope : somnifere, calmante psihanestezice, evaziune toxicomană — banala beție) ;

e) mijloace psihologice : de diversiune, de abreacție și catarsis, de consolare, de compensare, de antieclipsare (în eclipsa solară, un corp ceresc insignifiant, Luna, ne împiedică să vedem Soarele !) ; *logoterapia* lui V. Frankl țintește refacerea sensului vieții la cel obsedat, desperat, sau îndoliat) ; mijloace patologice (alienația mintală !), psihosociologice (normarea doliului, Freud) ;

f) mijloace culturale : religia (nemurirea, reîncarnarea, panteismul, reînvierea), morala cu variante recomandabile, pozitive : a sacrificiului, datoriei și obligațiilor, a eroismului, a stoicismului, dar și cu variante negative, condamnabile : a egoismului, a masochismului sau a perversiunii), filozofia „dezindividualizării“ (altruism, statisticism, supremația indiscutabilă a colectivității, viziunea budistă despre iluzia individualității, viziunea biologizantă cu supremația speciei și a liniei filetice, „devalori-

zarea“ sistemică a individului*), filozofia cotidiană comparativistă („poate fi şi mai rău“), deprecierea vieţii, exaltarea morţii, viziunea eternei reîntoarceri sau a unor armonii superioare care acoperă accidentalul (*Teodiceea* şi „armonia prestabilită“ a lui Leibnitz). Obiectivele unor astfel de filozofii (sau filozofări) sînt multiple : atenuarea sentimentului morţii ; exacerbarea sentimentului vieţii pînă la camuflarea sentimentului morţii ; atenuarea contrastului dintre viaţă şi moarte prin atenuarea sentimentului vieţii.

Sinuciderea

Problema *atitudinii faţă de propriul eu* devine o problemă de „viaţă şi de moarte“ în multe sectoare care interesează pe medic. Ea intervine în etiologie, patogenie, vindecare, este o premisă a atitudinii faţă de medic şi faţă de acţiunea terapeutică etc. Aspectul cel mai dramatic este cel relevat *în sinucidere*. Analiza suicidului este extrem de instructivă pentru întreaga problemă discutată în capitolul prezent. (Pentru A. Camus, problema sinuciderii este extrem de reprezentativă pentru un grup întreg de probleme existenţiale ale antropologiei filozofice.)

Sinuciderea este un act cu semnificaţie variată şi multiplă. Tocmai de aceea, scriitorul Anton Holban a considerat-o drept *o moarte care nu dovedeşte nimic* (acesta este titlul unui roman al său).

Termenul apare în 1737 (Desfontaines). Baldwin o defineşte drept o „*crimă* intenţională asupra propriei persoane“ (dar *intenţia* este greu de demonstrat întotdeauna). În această definiţie, se strecoară, precum se vede, o judecată de valoare sau şi o apreciere juridică („crimă“). Mentalitatea actuală, mai tolerantă (şi deci mai omenească), judecă actul sinuciderii *mai puţin juridic,* mai puţin *religios* (ca pe un „păcat“) ; caută să-l explice *sociologic* şi să-l eticheteze psihologic şi *psihiatric*. Este dincolo de orice îndoială că *frecvenţa* sinuciderilor este influenţată de factori social-economici (E. Durkheim) ; dar *problematica* sinuciderii are numeroase aspecte biologice, psihologice şi spirituale. Considerăm că este exagerată afirmaţia lui Perr după care sinuciderea este o „boală mentală cu efecte duse la limită“.

Există *dezechilibre caracteriale* care favorizează tentativa. Impulsivul va avea motive futile, va surprinde prin bruscheţea actului. La paranoici, vom găsi o hipersensibilitate morbidă. Irascibilul, perversul, hiperemotivul, anxiosul — reprezintă alte categorii de predispuşi, fiecare predispoziţie avîndu-şi „mecanismele“ sale. Un lot masiv este furnizat de către întîrziaţii afectivi (prin atitudine „captativă“, prin mare sugestibilitate, prin tendinţa la imitare, în urma forţării atenţiei şi milei etc.). Există un *coeficient personal* în ceea ce priveşte gradul de premeditare, alegerea „momentului“ şi a modalităţii de execuţie (L. Szondi a insistat asupra ultimului aspect în a sa „analiză a destinului“ — *Schicksalsanalyse*).

Mijlocul folosit nu este totdeauna „mijlocul la îndemînă“. El este ales şi în raport cu *semnificaţia simbolică* a mijlocului, cu valoarea sa

---

* Ca în *Moartea lui Fulger* de G. Coşbuc : „Din codru rupi o rămurea / ce-i pasă codrului de ea ?“

de traumatizare asupra „eului“ (unii preferă mijloace blînde, nedureroase ; alții, dimpotrivă, vor să provoace propriului trup și suflet un maximum de agresiune). Sinuciderea prin spînzurare ar reprezenta, în acest sens, expresia unei tendințe de autoumilire ; condamnarea la moarte prin spînzurătoare este considerată — în tradiția juridică — o pedeapsă mai gravă decît condamnarea la moarte prin împușcare, de exemplu. Faptul că în homeopatie se disting variate tipuri de gînduri de sinucidere, apărînd în cadrul patogenezei diferitelor remedii și dispărînd la tratamentul *adecvat* — sugerează și o rădăcină intrapsihologică a „alegerii“ modalității de sinucidere. Pelagroșii se sinucid adeseori prin înnecare ; există, oare, o legătură între importanța senzațiilor de arsură în simptomatologia subiectivă a bolii și această macabră „preferință“ ?

Rădăcini *infrapsihologice* are, de multe ori, *localizarea în timp* a gestului disperat (la femei, în perioada de „tensiune premenstruală“, de exemplu). Însemnătatea factorului ocazional poate fi argumentată : a) în ce privește alegerea mijloacelor, cu frecvența sinuciderii prin spînzurare la bătrîni și a aceleia prin otrăvire (cianură etc.) la chimiști ; b) în ce privește frecvența *exitus*-ului față de tentative, prin situația întîlnită la medici („cauze“ mai numeroase ? ocazii mai frecvente de a găsi mijloace ? „tehnică“ mai sigură ?). În alegerea mijlocului și a metodelor (a *„structurii“* suicidului) contează și „modelele“ culturale (pesimiști celebri, opere literare — cea mai cunoscută fiind *Werther* a lui Goethe, stele de cinema etc.). Dacă afirmăm că în recurgerea la sinucidere nu intervine numai modul de a privi viața și moartea, ci și modul de a privi *sinuciderea* însăși, în această frază trebuie să se cuprindă și constatarea că unii oameni nu „înțeleg“ deplin gravitatea actului în diversele sale implicații. Copilul, de exemplu, nu „realizează“ ce înseamnă sinuciderea deoarece nu înțelege prea bine ce înseamnă moartea (copilului și adolescentului nu îi este limpede riscul anihilării ireversibile).

Ne interesează, în primul rînd, să deosebim *sinuciderile* de „simplele“ tentative. Unii vorbesc despre *sinceritatea gestului :* foarte frecventă fiind tentativa-șantaj, îndreptată spre obținerea unei aprobări, unei stări de timorare receptivă la influențe, unor avantaje utilitare sau decizii favorabile, prin presiune morală. *Domină* aici calculul conștient, nu disperarea. După cum sublinia încă Freud, „o sinucidere reușită este, adeseori, mai curînd o tentativă care s-a ratat în mod nefericit“. La copii îndeosebi (și la persoanele copilăroase), sinuciderea îmbracă adesea aspectul unui joc necinstit și periculos. Numărul celor care comit o tentativă de sinucidere este, în Anglia, de opt ori mai mare decît cel al sinucigașilor ; numai o *mică* parte din cei care tentează actul mor printr-o sinucidere reușită, ulterior. În general, ei au o lungă expectație de viață, ceea ce face ca acești „candidați la sinucidere“ să reprezinte un procent non-neglijabil din populația unei țări.

În al doilea rînd ne interesează unele „tipuri bine conturate“, în legătură cu situații patologice bine definite. D. Duché deosebește (1964) sinuciderea melancolicului, sinuciderea schizofrenicului și cea a epilepticului. (În ce privește sinuciderea epilepticului, o importanță practică pare să aibă nu atît sinuciderea survenită în timpul unei crize sau a unei echivalențe, cît sinuciderea — *reacție-ripostă la boală.*) Stările depresive *reacționale* la o boală incurabilă, la o dizgrație fizică nu sînt, în principiu,

deosebite de cele care apar în legătură cu problemele sexuale, cu decepţiile sentimentale (în sensul cel mai larg al cuvîntului), cu conflictele familiale sau de altă natură. Ceea ce se cere descifrat în asemenea reacţii este *semnificaţia* pentru „psihologia persoanei" a gestului de suicid, *motivaţia sa profundă* (chiar abisală). Suicidul este adesea un gest de fugă din faţa unor dificultăţi aparent fără soluţie (şi în acest sens poate fi considerat ca o reacţie de „apărare", lipsită de eficacitate reală). În situaţiile intolerabile, sinucigaşul recurge cîteodată la sinuciderea-„pariu" (de exemplu, ingerează un drog în cantitate moderată ; hazardul va decide dacă va supravieţui, fiind descoperit la timp, dîndu-i-se la timp îngrijirile necesare competente etc.). „Suicidul oblativ" este tentativa de a rezolva situaţia conflictuală printr-un soi de expiaţie (holocaust etc.). Sinuciderea este însă şi o *manifestare de agresivitate,* îndreptată atît împotriva mediului (răzbunare), cît şi împotriva propriei persoane, *în sens autopunitiv*. „Justificarea" operaţiei de autoacuzare, autocondamnare şi autoagresiune poate fi găsită în sentimente de culpabilitate *întemeiate* (eroare comisă, act imoral, neglijenţe cu repercusiuni etc.). Adeseori, însă, ele exprimă numai un *narcisism dezamăgit*. Propria fiinţă nu este, pur şi simplu, la înălţimea aşteptărilor, deziluzionîndu-ne prin imperfecţiune psihică sau fizică, prin fragilitate somatică, prin incapacitatea de a face faţă la solicitări (sau la exigenţele propriului ideal), prin boli dureroase sau dezgustătoare pe care le are de suportat. Psihanaliştii au insistat, însă, mai mult asupra agresivităţii care se întoarce împotriva subiectului identificat cu „obiectul libidinal" pierdut (Freud). Cu alte cuvinte, în locul urii îndreptată împotriva *cauzei externe* a suferinţei — sentiment interzis de cenzura morală (sau de o cenzură acţionînd în virtutea altui principiu axiologic) — apare autoacuzarea. Stekel consideră că orice tentativă de suicid este numai o expresie mascată a dorinţei de homicid.

Fără a nega valabilitatea unor asemenea interpretări, limitată însă la *unele cazuri,* nu putem ignora şi alte interpretări psihodinamice — cum este cea propusă de A. Adler (reacţie de apărare sau de răzbunare, *supracompensînd* un sentiment de *inferioritate).* În orice caz, se pare că există o tipospecificitate a reacţiilor afective în faţa nereuşitei sau a eşecului : unii indivizi reacţionează prin mînie, învinovăţind pe ceilalţi, alţii reacţionează prin anxietate. După cum am mai menţionat, pe plan psihosomatic tipul al doilea de reacţie este mai puţin nociv mediului social, dar mai nociv sănătăţii proprii ; el este cel care duce, *in extremis,* la sinucidere şi nu la crimă. „Cotitura" de la sentimentele de autoacuzare la cele de acuzare este considerată, de către unii psihiatri (Wolpe, 1952), ca un semn favorabil de evoluţie a psihonevrozelor. Se pare că la numeroase persoane umane, sentimentul de *culpabilitate* este extrem de uşor de deşteptat. Acestora, boala li se poate părea (dacă nu neapărat o *binemeritată* sancţiune, de origine imanentă sau transcendentă, cel puţin), o binevenită ocazie de a contribui la anihilarea propriei fiinţe, de exemplu prin nerespectarea indicaţiilor terapeutice sau prin încălcarea interdicţiilor medicale formale. Dasă sinucigaşul poate fi caracterizat drept omul care „îşi administrează moartea" (*il se donne la mort,* spune francezul) — bolnavul care se neglijează (premeditat sau prin resorturi subconştiente şi inconştiente) *se lasă singur să moară.*

O parte dintre sinucideri sînt „mascate“ de către cei care le comit sub aparenta *accidentelor*.

Este interesant de amintit poziția lui Im. Kant. Acesta s-a declarat un adversar implacabil al sinuciderii ; a considerat că disputa dintre eroism și lașitate, legată de problema sinuciderii, nu este o dezbatere *morală*, ci una de ordin psihologic. Pe de altă parte, citate dintr-un cunoscut scriitor italian contemporan (Pavese) ne pot arăta cît de multiplu interpretat este actul sinuciderii de către una și aceeași persoană (în speță, persoana autorului, care s-a și sinucis în cele din urmă) : „sinucigașii sînt ucigași timizi. Masochism în loc de sadism“ ; „stoicismul este sinuciderea“ ; „răspunsul este unul singur : sinuciderea“ ; „este nevoie de umilință, nu de orgoliu“ ; „de fapt, în marile perioade, te-ai simțit întotdeauna tentat să te sinucizi... Ideea sinuciderii era un protest al vieții. Că nu vrei să-ți mai mori moartea“. Sinuciderea poate fi, așadar, eclipsă de sens, agresivitate, șantaj, act impulsiv, curaj, lașitate etc.

În aceeași ordine de idei, menționăm unele mărturisiri ale practicanților *yoga* de înalt nivel, din India : stăpînirea progresivă a funcțiunilor fiziologice este urmărită pentru a reuși performanța unei morți pregătite spiritual și autocontrolate — și nu a unei stingeri a vieții din cauze incidentale.

Este important să reținem că 66% dintre sinucigași sînt văzuți de un medic cel puțin odată în cele două luni care preced evenimentul fatal, pentru simptome neprecise (depresiune cu insomnie, comportare modificată, gînduri negre). Sinucigașii sînt „*des gens très malins*“, ascunzîndu-și proiectele nefaste față de medic. Pshioterapia și psihofarmacologia sînt bineînțeles indicate — și se poate încerca și medicația homeopatică, foarte bogată în remedii psihotrope. În repertoriul lui Kent se găsesc 3 remedii de prim ordin, 22 remedii auxiliare și 43 remedii secundare, menționate după „modalitatea“ imaginată (înnecare, spînzurare, prin cuțit, prin armă de foc, prin aruncare în gol, prin otravă), după prezența sau absența anxietății, după motivație etc.

O recomandație extrem de utilă este *amînarea* sinuciderii, conduită care permite depășirea unor momente critice. O recomandație similară este evitarea tentativei în condiții de oboseală sau de indispoziție accidentală. Instituirea (în unele orașe mari) a unor consultații telefonice pentru cei în impas s-a dovedit eficace, cel ispitit de sinucidere găsind momentan un sprijin în altul, deși acesta nu este prezent în imediata sa apropiere și nu este cunoscut personal (sau tocmai de aceea).

Aspecte legate de vîrstă

Atitudinea față de moarte se constituie și se schimbă în cursul evoluției individuale. Problema nu este bine studiată deoarece (Mary Williams) moartea a rămas un subiect *tabu* în culturile occidentale, omorul, genocidul și sinuciderea fiind singurele teme adîncite (sau permise ?). Copilul începe prin a *nu ști* despre ea, apoi — pentru că nu o înțelege — o *neagă*. În a doua etapă, moartea este asimilată cu o boală lungă, cu o dispariție provizorie — deci este considerată sub semnul reversibilității. Încetul cu încetul, survine înțelegerea procesului biologic, reprezentarea

bazată pe fapte sociale ; ultimul element „realizat“ fiind tocmai *ireversibilitatea*. O anchetă efectuată pe copii de 10—15 ani (Deshaies) a arătat că 93% dintre ei prezintă o netă repulsie (ideea de neant, de durere, de absență, de pedeapsă) ; într-un procent de 6%, moarte le apare, totuși, ca dezirabilă, liniştitoare.

La cealaltă extremitate a vieții, cercetările au adus date contradictorii : întrebările provoacă anxietate. Se pare că educația (nivelul ridicat de cultură) reduce teama de moarte. Mai clare sînt răspunsurile care cercetează pregătirile concrete (testament, grijă pentru mormînt etc.), în vederea morții. Asemenea preocupări există la 76% dintre persoanele ce au depășit vîrsta de 60 de ani. Oricum, moartea rămîne pentru tot cursul vieții o problemă importantă a omului (deşi rareori îi centrează preocupările), iar atitudinea bătrînilor depinde de structura lor sufletească, de credințe, de tradiție — de modul de a o concepe (soră a somnului ; prieten ; expresie a mîniei sau a justiției divine ; poartă a vieții sau „țel“ al vieții, în sensul odihnei în lumea anorganică), de a o raporta personal sau apersonal, ca opoziție a vieții sau ca fază a ei, ca neant sau ca speranță. Moartea poate fi explicată sau divinizată ; de obicei, astăzi, este depersonalizată, anonină și colectivă. Odată cu pierderea sentimentului religios, moartea a devenit mai străină, mai puțin familiară — dar totodată și mai indiferentă. Trebuie să ținem seama nu numai de limitele *suportabilității* ideei de moarte, ci și ale capacității de *a o imagina*. Pregătirea pentru moarte este o sarcină a ceea ce Schulte numește „psihoterapie comunicativă“.

De interes medical este nu numai atitudinea pacientului față de perspectiva *propriei morți,* ci și de atitudinea persoanelor față de *moartea altora,* în primul rînd față de moartea celor *apropiați.* (G. Marcel scria : *te iubesc* înseamnă *tu nu trebuie să mori.*) Mijloace psihoterapice și psihofarmaceutice se cer folosite pentru protejarea rudelor, prietenilor, ambianței. Probleme speciale se ridică referitoare la moartea (sau la boala mortală) în sînul *familiei.* Sentimentalismul umanitarist curent este înclinat să acorde prioritate stărilor sufletești ale bolnavului, care ar dori să fie îngrijit de ai săi ; nu trebuie să uităm însă că o boală gravă sau penibilă traumatizează sufletește (și obosește intens) tocmai pe cei apropiați. Se pun, deci, probleme de igienă psihică foarte complexe. Din educația morală a fiecăruia ar fi necesar să facă parte atît obișnuirea (resemnată) cu inevitabilitatea pierderii unor ființe dragi, cît și hotărîrea de a nu pretinde sacrificiul altora (de obicei mai tineri), în numele infirmităților tale (aduse, de obicei, de vîrstă).

Personalul medical și asistența muribunzilor

Ceea ce se înțelege sub verbul „a muri“ poate fi considerat ca o „arie semnificativă a comportamentului uman“ (M. A. Lieberman). Studiului interacțiunilor între pacienții muribunzi (sau care se apropie de moarte) și personalul de spital nu i s-a acordat însă o suficientă atenție. B. G. Glaser și A. L. Strauss au cercetat „tactica“ optimă în relațiile cu pacienții, pentru a realiza un confort cît mai mare al pacienților — în funcție de certitudinea morții, de modul în care survine moartea și de

„timpul“ prezumptiv la care este așteptată. S-au deosebit patru atitudini bazale : atitudinea „închisă“, cea de suspectare, cea de ascunderea mutuală (fiecare dintre personajele dramei este conștient de adevăr, dar își menține un „stil de interacțiune“ din care celălalt să nu poată deduce acest fapt) și atitudinea „deschisă“. După autori, menținerea bănuielii printr-un anumit „ritual“ în comportare, evitarea certitudinii — este un procedeu complex, debilitant și dezumanizant pentru toate părțile. În majoritatea cazurilor, rezultatul este mai bun prin contextul „deschis“ decît prin cel „închis“. Din mai multe puncte de vedere, contextele „închis“ și „suspect“ au în ele elemente care duc la eșecul lor final. Probabil că atitudinea nu este aceeași în *diferite* medii sociale, culturale, religioase. În Europa, se evită „să se vorbească de funie în casa spînzuratului“, în timp ce în S.U.A. cunoscuții tind să discute între ei, ca despre un fapt divers, evoluția bolilor necruțătoare de care suferă („Ce-ți mai face cancerul ?“).

Problema se pune, firește, întrucîtva altfel dacă bolnavul este ținut în *mediul său familial*. Moartea unei persoane apropiate (unui „tu“) nu poate fi considerată numai ca un *termen final al devenirii*. În afară de *pierderea* unui obiect de afecțiune, a unui sprijin moral și material etc., moartea acestui „tu“ are o valoare emoțională deosebită și prin aceea că ne apare ca *moarte proprie*. Împăcarea cu soarta este favorizată aici de epuizarea fizică și morală a celor care îngrijesc bolnavul, iar ușurarea resimțită prin degrevarea de la sarcinile penibile și traumatizante deschide calea resemnării.

Probleme întrucîtva particulare le ridică pregătirea părinților (și chiar a copilului) în cazul în care copilul este bolnav de o boală incurabilă. Se pare că atitudinea cea mai bună este păstrarea unei raze de speranță (există remisiuni, terapeutica este în plin progres etc.) și folosirea tuturor mijloacelor medicamentoase și psihoterapeutice pentru a suprima toate simptomele penibile. Cînd moartea este iminentă, inevitabilul trebuie acceptat cu demnitate (eroismele „de ultim moment“ trebuie evitate). Pentru *copil* este mai bine ca părinții să stea lîngă dînsul pînă la *exitus*. Oricum, îngrijirea copilului ar trebui să fie numai o parte dintr-o „îngrijire totală“ fizică și emoțională, care să includă și pe membrii familiei (S. Faber).

Într-o ordine de idei apropiată, menționăm că printr-o atitudine plină de *tact* se poate obține și permisiunea pentru necropsie (sau acceptarea ei). Necropsia poate fi prezentată ca ultima ocazie de a înțelege boala celui decedat, ca o „datorie“ față de acesta și nu numai ca o *operație* de cercetare a organelor pentru îmbunătățirea tratamentului altor cazuri similare, ca o „bună folosință“ a morții ce nu a putut fi evitată, în folosul altora și al omenirii.

Eutanasia

Moartea este, pentru multe situații *întîlnite curent în medicină*, sfîrșitul unei existențe dureroase. Avem „dreptul“ să ucidem pentru a pune capăt durerilor ? Problema, totodată subiect de înalte speculații filozofice, de axiologie, problemă de drept uman și de medicină legală, temă

de lege morală și de doctrină religioasă, are „multiple fațete“ și face să apară acea „legătură necesară a științelor despre care vorbea Diderot, acea fecundă colaborare a inteligențelor prin care ne eliberăm de îngustimea vederilor prea specializate și ne ferim de judecățile (prea mult) influențate de către spiritul profesional“.

Termenul *eutanasie* are trei accepții principale :

a) *bonne mort douce et sans souffrance* (Littré). Este sensul pe care i l-a dat cel care a inventat termenul : Fr. Bacon, marele filozof englez, unul, dintre întemeietorii gîndirii moderne. Acesta preconiza ca fiecare artă și știință să contribuie la a face acceptabilă moartea. Scriind că „omul este incapabil să se bucure în chip sănătos de viață, dacă nu are idei senine despre moarte“, el susține că o moarte „bună“ nu poate fi obținută fără aportul esențial al educației și al filozofiei.

b) curmarea vieții „inutile“ sau împovărătoare (în acest sens eutanasia și-a dobîndit o tristă și îngrozitoare reputație, fiind arbitrar și dăunător conectată cu termenul de eugenie : uciderea deliberată a celor infirmi, fizic sau mental ; a celor indezirabili din punct de vedere ereditar — disgenicii — sau rasial (ca în genocidul efectuat de regimul lui Hitler și de naziști în cel de al doilea război mondial) ;

c) curmarea vieții chinuite *(eutanasia* preferată *aneubiozei)* — singura care interesează direct pe medicul terapeut.

Forgue propunea distincția între *eutanasia naturală* (aceea în care, după expresia lui Dastre, nevoia morții apare la sfîrșitul vieții, tot astfel cum nevoia somnului vine la sfîrșitul zilei) și *eutanasia articifială* (în care liniștirea minutelor supreme este cerută substanțelor calmante sau narcotice sau altor mijloace). Trebuie să luăm în considerare condițiile variabile ale acestei eutanasii *provocate,* după cum boala însăși o realizează sau după cum medicul preia inițiativa și execuția ei sau după cum o terță persoană este complice. Eutanasia poate fi privită, pe de o parte ca un complement al *eugenezei,* nașterea anestezică, indoloră (atît pentru mamă, cît și pentru făt). Tot Bacon se întreba dacă omul care se naște nu suferă mai mult — în momentul nașterii — decît omul care moare — în momentul morții, o problemă care a fost atinsă de noi și în alt paragraf. „Pentru cel care suferă incurabil, eutanasia este dreptul la *exeat,* la ieșirea din viață, îndulcită și ușurată prin mijloacele științei“. (Forgue). Curmarea vieții chinuite se motivează, aici, în respectul pentru om (umanism, umanitarism, omenie) — în contradicție dialectică cu respectul pentru viață („evlavia față de viață“ preconizată de Albert Schweitzer). Intervin, distorsionante, compasiunea, empatia și simpatia. În această categorie de conduite situăm crima prin compasiune, „altruistă“ în fond (teama unui roman de Graham Greene) și sinuciderea eutanasică (din incapacitatea de a suporta orice fel de moarte sau o viață degradată prin boală, din milă dată de propria persoană).

Practica eutanasiei este mult mai veche decît cuvîntul ; o întîlnim la societăți vechi sau primitive. Se spune că vechii germani îi ucideau pe bolvanii cronici ; în Birmania, un incurabil consideră că este obligat să se spînzure ; după Amundsen, eschimoșii practicau suicidul cînd durerile deveneau insuportabile ; în unele părți ale Indiei, bolnavul ce nu se mai putea vindeca era condus de familie pe malul Gangelui și — cu nasul și gura umplute cu mîl sfînt — era aruncat în fluviu. „Dar, în general,

această eutanasie a popoarelor primitive răspundea unei idei economice și alimentare ; ea rezulta din raritatea hranei și din suprimarea necesară a gurilor inutile : era o *chestiune de stomac*. Eutanasia modernă este de ordin sentimental : este o *chestiune de nervi* ; iar indicația dominantă este suprimarea durerii. Cu toate acestea, între germanul barbar îngropînd de viu pe bătrînul incurabil și civilizatul *dernier-cri*, oferind celui care vrea să fugă de o agonie dureroasă... aparatul în stil modern, distribuitor automat al morții prin narcoză, nu există o diferență de *vină :* culpabilitatea constă în faptul că o *luăm* înaintea destinului, curmînd voluntar o viață omenească" (Forgue). În vechea Marsilie (după relatările lui Valerius Maximus), oricine putea aduce în fața senatului motive temeinice care îl făceau să-și dorească moartea putea obține *dreptul* de a folosi o băutură de cucută. (Legenda spune că autorizația oficială putea fi acordată și celor care se simțeau fericiți și care se temeau ca norocul să nu-i părăsească. În fond, și *moartea de bucurie* — sau în culmea fericirii — este o eutanasie).

În 1516, Thomas Morus publică *Utopia ;* din republica sa ideală și imaginară, umanistul englez dorea să izgonească durerea. Bolnavilor incurabili, cu boli pestilențiale, cu dureri continui și înspăimîntătoare, preoții și magistrații le vor da sfatul de a „fugi din viață ca dintr-o închisoare" sau de „a se lăsa eliberați de alții". În *Utopia,* omului îi era interzis să se ucidă fără permisiunea consiliilor (autorității), dar sinuciderea la sfatul autorității era considerată ca o comportare virtuoasă. Nu întîmplător, în țara care l-a produs pe Th. Morus, și în general în țările anglo-saxone, legislația morții anticipate (conform cu certificatul de incurabilitate) a avut onoarea să fie examinată în concret și de către legislatori. Prin contrast, „spiritul latin, de o veselie sfîntă, îndrăgind lumina și acțiunea, iubește viața și și-o dispută pînă în ultimul minut". În Franța, proiectele de eutanasie nu au găsit ecou. (Este de amintit și încercarea neizbutită a lui Nobel — inventatorul dinamitei — de a crea la Roma și la Milano stabilimente de eutanasie, ca stabilimente *filantropice*).

În schimb — ca reînvieri ale unor atavisme (?) — ele au găsit ecou în Germania, unde încă în primele decenii ale secolului nostru s-a mers mult mai departe decît în intențiile lui Morus și Bacon. Binding a cerut „licența de a distruge viețile care sînt lipsite de valoare biologică", iar Borckhardt a susținut dreptul statului de a face să dispară idioții incurabili. Preferăm să nu insistăm asupra ororilor naziste.

Eutanasia a fost, între timp, nu numai direct obiect de discuții juridice și de reportaje ziaristice senzaționale, ci — mai ales — temă literară : pentru povestiri de anticipație (H. G. Wells, Benson, Ald. Huxley, A. Maurois) ; b). pentru romane (care — după Forgue — exagerau latura sentimentală a problemei) ; c). pentru teatru (care — după același autor — exagera latura sa tragică). R. Berton a vorbit, într-o piesă, despre „dreptul de a ucide", iar M. Maeterlinck — de necesitatea unei *„mile mai îndrăznețe"*.

Oponenții la eutanasie au, mai întîi, argumente axiologice. Caracterul sacru al vieții umane și limitarea indispensabilă a drepturilor noastre asupra ei sînt principii directoare ale oricărei activități omenești. Este adevărat că „prețul vieții" și-a pierdut valoarea absolută în urma înspăimîntătoarelor distrugeri de vieți omenești din ultimele războaie ; de asemenea, el a fost zdruncinat sub influența conjugată a exaltării indivi-

dualismului, a indulgenței pentru crimele pasionale (cel puțin — ca fenomen literar), a slăbirii ideilor religioase, a filozofiei orgolioase care vede în om arbitrul destinului său etc. Forgue ne pune în gardă împotriva acelei variante de umanitarism care nu tolerează suferința ; chirurgul francez își exprimă toată simpatia pentru „sufletele tari care luptă împotriva marilor nefericiri și împotriva marilor dureri".

Din punct de vedere medical, E. Forgue găsește două obiecții puternice la folosirea sistematică a „loviturii de grație" de către medic : *failibilitatea diagnosticului și mai ales a prognosticului ; posibilitatea de vindecare în cazuri aparent incurabile.* Trebuie să avem în vedere, firește, progresul continuu al medicinii, care (în ultimele decenii) merge accelerîndu-se. Pliniu scria că nu există decît trei (feluri de) boli în care medicina ar avea dreptul de a curma, odată cu viața, suferințele bolnavului : calculii vezicali, „marea durere la stomac" (ulcerul) și nevralgiile trigeminale. Astăzi, aceste trei boli pot fi stăpînite ușor de medicină ; medicina stăpînește de asemenea numeroase alte boli care pînă acum cîteva decenii erau condamnare sigură la moarte, la suferință, la descompunere (unele cancere, meningita tuberculoasă, etc.).

După părerea noastră, trebuie să facem o deosebire între prognosticul îndepărtat și cel apropiat ; între *sensul* de desfășurare al procesului morbid și posibilitățile de a îmbunătăți *starea prezentă.* Diagnosticul de boală incurabilă nu înseamnă întreruperea *imediată* a vieții active sau a vieții care aduce satisfacții ; *prelungirea* vieții este o misiune tot atît de nobilă ca și *vindecarea* bolii — dar, de obicei, îndeplinirea ei este *practic* mai dificilă. O anumită mentalitate *scientistă* face pe unii medici să nu acorde suficientă atenție cazurilor incurabile dar parțial recuperabile prin măsuri care realizează (temporar sau pe perioade lungi) o „sănătate" aparentă, fie ea și *condiționată* de luarea de măsuri, uneori costisitoare și complicate. Aceeași mentalitate face pe unii medici să prevadă prognosticuri exclusiv după datele statistice oficiale, stabilite în condiții de tratament mai mult sau mai puțin standardizate, ignorînd evoluțiile aberante (care pot fi favorabile), eficacitatea posibilă a unor tratamente „neconvenționale" și chiar a intervențiilor psihoterapice excepționale (vindecările zise „miraculoase"). A lăsa pe bolnav pradă destinului său nefericit, a-l „lăsa să moară" în asemenea *condiții* este a proceda *aneutanasic,* a avea o atitudine mult mai reprobabilă, din punct de vedere etic, decît *eutanasia.*

Este oare o *cruzime, aceea de a releva bolnavului situația sa iremediabilă ?* Forgue o consideră mai mult decît o cruzime — o lipsă de datorie : „sîntem cei care legănăm veșnic suferința umană și, pînă la sfîrșit, trebuie să întreținem speranța". Spre deosebire însă de Forgue, care ca și Thoma de Aquino — „preferă un sentiment consolant unui adevăr care luminează", sau — ca și Victor Hugo — preferă *ignoranța* speranței — credem că speranța nu se întemeiază numai pe o „iluzie întreținută caritabil" și nu are numai funcție consolatoare. Starea de speranță și de încredere face parte din mecanismele de luptă împotriva bolii, de rezistență, de vindecare. Datoria medicului este să lupte atît timp cît rămîne o speranță *(dum spiro, spero) ;* dar, adeseori (după cum insistăm în multe ocazii) omul (și mai ales bolnavul) poate „respira" numai atîta timp cît speră. Datoria medicului este să întrețină în bolnav lupta acestuia cu moartea. Citînd pe Goethe, care spunea că „murim, numai dacă vrem să murim",

G. Barbarin comentează : „în realitate, lupta cu moartea este numai o luptă cu tine însuţi. Atîta timp cît nu consimţim şi nu capitulăm, moartea nu poate fi victorioasă“. Autorul citează fraza lui Marcello Fabri : „deîndată ce mi s-a stabilit diagnosticul în conformitate cu care trebuia să mor, m-am decis să trăiesc“. În această ordine de idei, J. Lange (1930) atrăsese atenţia asupra faptului că ritualurile anumitor religii, în care moartea este privită ca o *mîntuire,* demobilizează bolnavul ; ele sînt, în multiple sensuri — „tehnici“ de eutanasie.

Rolul pe care îl atribuim *atitudinii faţă de moarte* este oare exagerat ?

Datoria noastră este să luptăm, datoria noastră este să conservăm, acesta a fost răspunsul lui Desgenettes dat lui Bonaparte, care îi cerea să otrăvească pestiferaţii inevacuabili din Jaffa, ceea ce era — la drept vorbind — eutanasie în serie... Medicul poate interveni — nu anticipînd moartea, ci — cel mult — scurtînd şi atenuînd agonia. Dar, oare, resursele care îi mai rămîn medicului (neputincios să mai conserve) sînt numai *opium* şi *mentiri ?*

Forţele morale nu se reduc la forţa de autoiluzionare. Pragul morţii poate fi trecut mai uşor prin sentimente atît de variate cum sînt satisfacţia datoriei împlinite, dorinţa de a te sacrifica pentru o cauză mare, sesizarea armoniilor lirice sau muzciale. Sufletele puternice ştiu nu numai să „privească moartea în faţă“ (cum spunea mareşalul Ney), ci să se detaşeze de punctul de vedere egocentric. Există un eroism al curajului şi un eroism al acestei desprinderi de tine-însuţi de care au dat dovadă numeroşi *medici-pacienţi* în ultimele lor momente de viaţă (Grotjahn). La unii dintre ei, luciditatea profesională s-a menţinut pînă la *exitus* şi totuşi au ştiut să moară liniştiţi. Mai mult, curiozitatea ştiinţifică i-a făcut pe unii să dea dispoziţii detaliate pentru studierea anatomopatologică a propriului lor corp (devenind chiar şi coautori postumi ai unor lucrări anatomoclinice care *îi privea*). O asemenea detaşare poate fi favorizată de cultura înaltă, dar ea se poate observa şi la oameni simpli, din popor. Personajul Mihai Vlascov din romanul *Mama* de Maxim Gorki se îmbolnăveşte grav ; femeia sa îl roagă să se lase operat pentru a se face bine. El însă refuză şi o ameninţă strîngînd pumnii : „dacă mă fac bine, o să fie şi mai rău de pielea ta“.

În sfîrşit, mai există obiecţii de altă natură împotriva practicării eutansiei de către medici. Una este teama de abuzuri. Alta este admirabil exprimată de Ed. Pamfil (psihiatru şi poet) : „Suferinţa omenească ar deveni o panică teroare, cînd întîlnirea cu medicul ar cuprinde o probabilitate de omorîre, fie ea oricît de eutanasică“. Şi, mai departe : „În ceaţa preistoriei, vindecătorul era socotit capabil de miracolul resurecţiei, dar neinvestit de dreptul suprimării“.

Expresia ca mijloc de cercetare clinică

Introducere

Termenul „a exprima“ este curent folosit, dar *relația de exprimare* este încă rău definită, cu toate că s-a constituit, în secolul nostru, o adevărată știință a expresiei (*Ausdruckskunde,* Klages). Între „exprimantul A“ și „exprimatul B“ există o relație întrucîtva deosebită de relația cauzală. Expresia (care se referă la un aspect caracteristic al dinamismului vieții) se îndreaptă spre *exterior* (în sensul că „exteriorizează“), se *adresează* cuiva — deși acest cineva poate fi un spectator sau un receptor *virtual.* Nu trebuie să neglijăm, deci, *valoarea informativă* pe care o are expresia (și tocmai această valoare o face interesantă pentru psihologia medicinii). Uzual atribuim calitate de *expresie* la ceea ce este — nu numai perceptibil, dar și direct inteligibil de către o altă persoană. De aceea expresia „ține“ de coexistență, de schimb, de interacțiune între semeni. Termenii A și B admit un „joc“, au o anumită autonomie reciprocă — de unde posibilitatea *măștilor* și a *teatrului* (nu numai în sens artistic, ci și în sensul lui „a juca teatru în viața de fiecare zi“). De multe ori „jucăm roluri“ impuse sau „jucăm rolul propriului nostru ideal“ (Klages). Ceea ce se exprimă poate fi o stare momentană sau un fond permanent. O stare momentană este, de exemplu, emoția ; fondul permanent îl reprezintă temperamentul și caracterul ; studiul expresiei face parte, astfel, și din diagnosticul personalității.

După Allport, se poate stabili o opoziție între *comportamentul* de luptă (respectiv *adaptativ*) și cel *expresiv.* Cel de luptă are o motivare specifică, este determinat de nevoile momentului și ale situației, este provocat, poate fi controlat, este conștient, duce de obicei la modificarea mediului (sau la schimbări de mediu). Comportamentul expresiv reflectă o structură mai adîncă și mai permanentă a persoanei, este spontan și subconștient ; efectele sale sînt mai ales incidentale etc. În fiecare act uman există o proporție variabilă de activitate de luptă/adaptare și de activitate de expresie. După Klages, prima ține de „spirit“, cealaltă de „suflet“.

Cercetarea *științifică* analitică a reușit să clarifice în parte sectorul expresiei emoțiilor și — în general — al expresiei prin mișcare (pantomimica). Orice regiune mobilă a corpului este expresivă, fie că este în repaus, fie că este în mișcare. Cît privește expresivitatea *formei* și a *structurilor,* sîntem limitați, încă la interpretări pe baze empiric-intuitive (fiziognomonice).

Cercetarea (panto) mimicii trebuie să țină seama de intervenția factorilor sociali în programarea, în modelarea și în controlul expresiei emoționale. Multe gesturi au valoare descriptivă, simbolică sau convențională.* Există mari diferențe individuale în ce privește spontaneitatea expresiei, gradul ei de socializare, *nevoia* de exprimare, *gradul* de expresivitate, forma de expresie etc. ; lumea expresiei este o „lume a nuanțelor" (Minkowski).

În sfera manifestărilor expresive, intră faciesul, mimica, ținuta corporală, mersul, gesturile, vocea, scrisul etc. S-au descris pînă la 1 000 (!) de poziții statice semnificative diferite (E. W. Strauss, 1952 ; G. W. Hewes, 1955) ; Expresie este și poziția în somn (Adler, 1927 ; H. Johnson, T. Swan și G. Wiergard, 1930). Semnificația psihanalitică a posturii a fost analizată de F. Deutsch (1947). H. Bogen și O. Lipmann au publicat (1931) o lucrare intitulată *Mers și caracter.* Cercetări bazate pe înregistrări automate, în această direcție, au fost efectuate recent de V. Enătescu (1980). Încă din 1942, F. Sanford a arătat că, prin analiza vocii, se poate diagnostica caracterul. În cadrul expresiei figurii — „centrul de greutate" este adeseori pus pe *privire.* După părerea unor autori (la care ne raliem și noi), manifestările *artistice* reprezintă de asemenea o importantă cale de a stabili diagnosticul persoanei și diagnosticul „de stare" (normală sau patologică). În felul acesta, se stabilește o punte între studiul individual, *personalistic,* al expresiei și anumite capitole din istoria și teoria culturii (care se ocupă cu ceea ce Dilthey a numit *valori expresive).* O noțiune centrală și care conectează aceste două mari domenii este aceea de *simbol,* de *expresie simbolică* (Cassirer). *Expresia simbolică* este „calul de bătaie" al psihanalizei clasice. O încercare de a lega psihanaliza de istoria culturii — tocmai pe linia expresiei simbolice — o reprezintă, în esență, opera cunoscutului „psihanalist dizident" C. G. Jung.

Allport enumeră studiul expresiei ca pe *una* dintre cele *11 metode bazale* de a cerceta personalitatea. Configurația comportamentului expresiv este numită de acest autor — *stil.* Cercetarea stilistică se ocupă de *maniera* în care se desfășoară un act (cum ?), și nu de *natura* actului (ce ?). Încă W. Stern (1932) a atras atenția asupra primejdiilor la care ne expune folosirea metodelor *monosimptomatice* în psihodiagnoză (de exemplu, limitarea la grafologie). Am sublinia și necesitatea unui studiu prelungit în timp. Este adevărat că există o „consistență în timp" a mișcărilor expresive, ca și o congruență între diferite manifestări expresive (ca între facies, grafologie și voce etc.). Dar congruența este numai parțială ; între diferitele aspecte există numai o corelație statistică (Yule, 1944 ; Doob, 1958),

* V. Enătescu a constatat (prin mijloace obiective) valoarea examinării gesticulației mîinilor, în diagnosticul psihiatric (1982). Expresivitatea mimicii a fost cercetată în lucrările de anatomie artistică a prof. dr. Gh. Ghițescu (1970).

şi nu o legătură rigidă. În psihologia contemporană, se vorbeşte despre slaba corelaţie *trans-situaţională* între rezultatele testelor.

Se pare că femeile sînt superioare bărbaţilor în ce priveşte interpretarea *intuitivă* a comportamentului expresiv. Faptul poate fi explicat prin însemnătatea deosebită a relaţiilor personale în viaţa femeilor (Allport).

Ca *alterări ale expresiei,* Minkowski citează : 1. tulburări ale mimicii ; 2. pseudoexpresii (fenomene fără semnificaţie explorabilă, fără context coerent — ca în rîsul şi plînsul pseudobulbar) ; 3. afecţiunea (supraîncărcare inutilă, surplus artificial) ; 4. manierismul (în care mijloacelor de expresie le lipseşte simplitatea şi naturaleţea) ; 5. teatralismul (în care autenticitatea este dubioasă — dominînd facticele) ; 6. verbalismul. Cu toate aceste alterări vine în contact medicul — nu numai în clinica psihiatrică, ci şi în orice cabinet de consultaţii sau la patul bolnavului.

Faţa

Încercările de a sistematiza *fiziognomica* se împart, după scopul lor, în :

a) tentative referitoare la expresia emoţiilor. Medicul cunoaşte, desigur, expresia unor stări ca : greaţa, spaima, enervarea, resemnarea, „melancolia", ura, batjocura, dispreţul sfidarea etc. De asemenea este caracteristică mimica legată de durerea (stăpînită sau nu) din cefalee, dispnee, angor, gastralgii, colică renală etc. ;

b) tentative semeiologice (faciesul ca element de diagnostic şi de prognostic) ; există faciesuri patognomonice ;

c) tentative referitoare la cunoaşterea constituţiei, temperamentului şi a caracterului ;

d) tentative privitoare la destin *(metoposcopia* lui G. Cardano, în sec. al. XVI-lea).

Cercetări şi teorii, ca cele psihiatrice ale lui Magnan şi cele crimonologice ale lui Lombroso (sec. XIX) sau ca cele psihanalitice ale lui Szondi (ca şi cele de tipologie astrologică), se înscriu simultan la ultimele două rubrici. Magnan a insistat asupra aşa-numitelor „semne de degenerare", care ar fi prezente cu o mai mare frecvenţă la nebuni şi (Lombroso) la criminali. Lombroso a publicat *atlase fotografice* de criminali şi de prostituate.

Frenologia lui Franz Joseph Gall (1758—1828) se baza pe postularea unor localizări topografice cerebrale ale instinctelor (forţe fundamentale) şi ale atributelor mentale generale (intelect, voinţă, atenţie etc.). Dezvoltarea acestor facultăţi ar fi legată de dezvoltarea preferenţială a unor zone cerebrale şi acest fapt se poate citi pe forma craniului („bosa" inteligenţei etc.). După Gall, creierul nu este sediul „suftetului", ci sediul manifestărilor conştiinţei, normale sau patologice *(sedes morbi).* Pentru că există deformări patologice ale craniului (în rahitism, de exemplu), acestea trebue bine cunoscute de către cel care doreşte să tragă concluzii asupra minţii, din examinarea capului.

Ce indicaţii ne poate da, *pentru psihologie, morfologia feţei?* A) E. Fougerat, într-o încercare recentă de a sistematiza un imens material documentar şi păstrat prin tradiţie, împarte feţele umane în 6 tipuri mari :

1. *Tipul pătrat* era așezat de către greci sub influența lui Marte, zeul războiului ; calitatea psihologică corespunzătoare este energia, voința de a realiza, activitatea fizică (caracterul autoritar). Tipul are corespondențe cu tipul muscular al lui Sigaud și cu tipul sangvinic activ. Victor Hugo, Beethoven, R. Wagner „aparțin" tipului pătrat. Mulți dintre „pătrați" sînt orgolioși și devin avari odată cu înaintarea în vîrstă.

2. *Rectangularul* era legat, în tradiția elină, de influența lui Jupiter și a soarelui. Este temperamentul „cald și uscat", care are nevoie de activitate și de dominare, dar este mai „teoretic" și arată mai puțină forță în realizarea ideilor. Ca exemple, sînt citați Dante, Voltaire, Boileau, Bonaparte, Thièrs.

3. Cei cu *fața lungă* erau denumiți altădată atrabiliari sau saturnieni bilioși sau nervosobilioși. Sînt hipersensibili, pesimiști, meditativi. Ca exemple, se citează Descartes, Racine, Chateaubriand, Branly, A. France, G. B. Shaw.

4. *Triangularul* este un „lung" la care volumul capului spre tîmple domină maxilarele. Dominați de travaliul cerebral, sînt mai îndrăzneți, mai originali, mai fantastici, mai himerici sau mai aventuroși. Misticii se întîlnesc mai ales printre „triunghiulari" (au dragoste pentru miraculos) (Francisc de Assissi, Calvin). Dar printre ei se întîlnesc și filozofi (Kant), muzicieni (Chopin), pictori (Delacroix), oameni de știință (D Arsonval, Piccard), chiar diplomați (Talleyrand). Trebuie notată instabilitatea triunghiularilor. Cei „scurți" sînt agitați de aceleași forțe imaginative, dar sînt mai realiști (Richelieu, M. Barrès).

5. *Tipul rotund* era clasat la cei vechi printre temperamentele calde sau aeriene ; este un „lunar", un sanguinic, un digestiv. Cei rotunzi și grași sînt veseli, optimiști, cu reacții prompte, cu supărări trecătoare.

6. *Ovalul* este „venusianul" plin de farmec, preferat de Rafael pentru personajele feminine. Are înclinații artistice și un caracter „diplomatic". Temperamentul este limfatic, rezistența fizică redusă ; este mai curînd pasiv și hipoactiv.

B) *L. Corman* și-a integrat ideile sale fiziognomice într-o concepție dinamică, biotipologică, asupra formelor vii. Orice ființă vie este o *tendință*. Corman propune 5 „legi fundamentale", și anume :

a) legea de expansiune — retracție (care permite să deosebim tipologic pe *dilatați* de *retractați) ;*

b) legea de stenie — astenie (în conformitate cu care se deosebesc tendințe active „virile", ducînd la tipuri pasionate, și tendințe pasive „feminine", ducînd la tipuri tandre) ;

c) legea sensibilității (de care se leagă reluarea opoziției tradiționale între „mercurian" și „teluric" — și, deci, a polarității : tip fin — tip greoi sau grosolan) ;

d) legea expansiunii elective exteriorizată prin zona predominantă a feței ; de sus în jos găsim zone care exprimă predominanță cerebrală, afectivă, instinctivă ;

e) legea celor două fețe : marea față este cadrul structural, în timp ce *mica față* reunește zonele senzoriale și de import (gură, nas, ochi). Deosebim, în concordanță cu această împărțire, tipul reactiv (și concentrat în „mica față") și tipul dispersat.

În rezumat, se poate spune că fața este un *index de valori psihice*.

C) După *N. Pîrvu*, fața prezintă două centre, două focare de convergență a mișcărilor expresive : *ochii* și *gura*. Ochiul trebuie privit în mișcare și caracterizat după mobilitate (privire obosită, vie, fermă, blîndă, rătăcită, neliniștită etc.) și după direcție (ascunsă, pedantă, visătoare). Despre ochi ca organ de expresie, a scris și G. Davidescu (1965).

Expresia gurii se leagă în mare măsură de *zîmbet*. Zîmbetul este un semn psihodiagnostic de mare valoare, dacă adăugăm ca termen în procesul de cunoaștere fiziognomică și *zîmbetul față de situație* (exprimînd, deci, o atitudine). Printre nuanțele interesante pentru medic citām : zîmbetul dulce (surîsul, adeseori intențional — tinzînd la captarea bunăvoinței și, eventual, la derutare prin „fermecare") ; zîmbetul blînd, amar, „înțepat", disprețuitor, ironic și de „gură-cască".

Zîmbetul nu este numai expresie facială. Rîsul este o combinare de expresie facială și de voce care, prin partea sa de expresie facială, este *puțin* semnificativ.

După N. Pîrvu, fața exprimă : 1. emoții înnăscute, primare (dezgust, groază, teamă, simpatie, tristețe, plăcere etc.), legate de trebuințe sau instincte ; 2. emoții secundare, cîștigate, mai complexe (abandonarea, dezolarea, îngrijorarea, duioșia, speranța, pudoarea, rușinea, suferința etc.) ; 3. însușiri constitutive ale temperamentului — mai ales iritabilitatea și emotivitatea ; 4. starea de „nebunie" în contradistincție cu cea normală ; 5. trăsături morale de caracter. Categoria socială, preocupările de fiecare zi, profesia — creează *standarde* de expresie ; în această ordine de idei vorbim de „figură" de artist, de comerciant, de bărbier și — poate — chiar de medic.



În medicina clasică, se deosebesc unele înfățișări tipice ale *figurii*, indicatoare de diagnostic sau de pronostic.

— *Facies hippocratica*, caracteristică pentru apropierea morții. Nasul este ascuțit, ochii înfundați, tîmplele scobite, urechile reci și căzute ; pielea frunții are aspect de pergament și este uscată ; pielea feței este palidă sau plumburie.

— *Facies abdominalis*, în peritonite.

— *Facies colerica*, cu trăsături ascuțite.

— *Facies leonina*, în lepră, cu îngroșări ale pielii, infiltrată mai ales în jurul ochilor.

— *Facies myopathica, (facies de sphynx)*, ca o mască.

— *Facies ovariana*, în chisturile maligne de ovar, cu ieșirea în evidență a pomeților, bombarea frunții, retracția aripilor nasului.

— *Facies rachitica*, cu adîncirea fosei canine și atrofia maxilarului superior.

— *Facies choreatica* etc.

Sînt cunoscute modificările fiziognomice în unele boli cardiovasculare — cum ar fi paloarea în stenoza mitrală, roșeața și cianoza în insuficiența mitrală etc. Fervers a prezentat în detalii faciesul din : anemia pernicioasă, leucemie, diabet, cancere, astm cardiac, fracturi, asistolie, acromegalie, boala Basedow, icter, febră înaltă, tuberculoză pulmonară, isterie și din unele psihoze.

Ochiul are, de milenii, o valoare de simbol multivalent. El este, cum menționam, un organ de expresie ; este veche credința după care poate fi și un organ emițător („privirea rea“, aducătoare de boli sau nenorocire). La Paracelsus (și recent la Beer), ochiul este considerat un „microcosm“. În această ordine de idei, amintim *iridodiagnosticul,* propus în secolul al XIX-lea de I. Peczely și C. Huter și „redescoperit“ de Vida (1954).

*Rîsul și plînsul**

În acest paragraf nu ne interesează nici geneza psihologică a rîsului (comicul), nici valoarea sa pozitivă sau negativă asupra sănătății, bolilor, moravurilor. Pentru H. Bergson, rîsul este provocat de situații în care găsim *du mécanique plaqué sur le vivant.* Rîsul este și o descărcare nervoasă bruscă. Putem vorbi desigur de o *fiziologie* a rîsului (cum o arată alterările sale patologice în sindromul pseudobulbar) și chiar de o *biochimie* a rîsului (cum o arată efectele protoxidului de azot, „gaz ilariant“ — și chiar ale alcoolului în doze moderate). Rîsul poate fi considerat ca „tonic și toxic“. Dictonul *ridendo castigat mores* este bine cunoscut. Se spune însă și „a murit de rîs“, ceea ce corespunde unei realități — la cardiaci sau hipertensivi (tatăl lui Beaumarchais a murit ascultînd lectura piesei *Nunta lui Figaro).* Una dintre cele mai subtile analize psihologice a rîsului o datorăm lui Dostoievski. Să-l ascultăm : „de cele mai multe ori rîsul dă în vileag o anumită trivialitate, îl micșorează pe om, deși cel care rîde nu-și dă aproape niciodată seama de impresia pe care o produce... Majoritatea covîrșitoare a oamenilor nici nu știu să rîdă. Dealtfel, rîsul nu se învață : e un dar înăscut pe care nu-l dobîndești. Tot ce poți face în această privință e să te educi, să-ți desăvîrșești caracterul, să-ți învingi pornirile rele, numai astfel s-ar putea ca și rîsul tău să devină mai frumos. Unii oameni, atunci cînd rîd, își dau toată arama pe față și într-o clipă descoperi ce zace în sufletul lor. Chiar și un rîs foarte inteligent poate fi uneori respingător. Rîsul presupune în primul rînd sinceritate, dar cîți oameni sînt sinceri ? Rîsul presupune întîi și întîi bunătate, dar de cele mai multe ori oamenii rîd cu răutate. Un rîs sincer și plin de bunătate înseamnă veselie, dar în veacul nostru (sec. al XIX-lea, *n.n.*) unde mai găsești veselie adevărată, cîți oameni mai știu să fie cu adevărat veseli ? Niciodată firea omului nu se dezvăluie mai deplin ca atunci cînd rîde“. Mai departe : „Numai un om foarte evoluat, care a ajuns la o mare armonie interioară, este în stare de o veselie contagioasă, mai bine-zis senină și totodată irezistibilă“. Și, după ce autorul atrage atenția asupra unor note simptomatice (pentru caracter) care se dezvăluie în rîs, conchide : „dinadins am făcut această lungă digresiune despre rîs, fiindcă concluziile mele în privința aceasta fac parte dintre cele mai serioase învățăminte pe care le-am tras din experiența vieții“**.

Plînsul, în schimb — cu care medicul se întîlnește mai des — se învață mai ușor, poate fi mimat, are un important coeficient de conven-

* Valoarea lor semiologică a fost sistematizată, cu multă acuratețe, de A. Păunescu-Podeanu (1981), în *Bazele clinice pentru practica medicală,* vol. I.

** F. M. Dostoievski, *Adolescentul,* Ed. pentru Literatură Universală, București, 1961, p. 377—378.

ţionalitate. Dacă lacrimile exprimă suferinţa şi tristeţea, iar hohotele de plîns sînt o descărcare spasmodică a tensiunii nervoase, nu este mai puţin adevărat că plînsul poate fi autoprovocat prin imaginaţie şi — uneori — după exerciţiu, la simplă comandă. Plînsul înseamnă, între altele, o chemare la compasiune şi la ajutor (cf. la copii) şi este o armă de influenţare a celui puternic de către cel slab. Diferenţa dintre sexe (şi după vîrstă) referitoare la uşurinţa cu care plîngem ţine nu numai de capacitatea de autodominare, dar şi de uzanţele sociale, care *permit* sau care *pretind* lacrimi în anumite situaţii.

Rothschuh acceptă ipoteza după care, la copilul mic, *ţipetele* ar determina uscarea mucoasei nazofaringiene cu dispariţia lizozimului protector faţă de unele infecţii ; plînsul ar începe prin a fi o „reacţie profilactică" (lacrimile sînt bogate în lizozim).

Mîna

Pentru unii autori, însemnătatea practică a examinării mîinii pentru diagnosticarea bolilor este dublată de importanţa ei pentru cunoaşterea diagnosticul şi identificarea persoanei umane.

La prima vedere, mîna ne poate prezenta boli ale pielii, stigmate profesionale, traumatisme, deformări .(reumatism, gută, retracţia aponevrozei, degete hipocratice, osteoartropatie hipertrofiantă pneumică, *spina ventosa,* lepră, siringomielie), atitudini patologice (grife, *mains bottes),* tremurături caracteristice ; modificările reflectă uneori tulburări generale (în icter, anemie, boli circulatorii, boala Addison, xantodermie etc.) sau bătrîneţea. *Chirurgia* mîinii este delicată şi importantă, avînd în vedere rolul multiplu al mîinii în viaţa cotidiană. De *patologie* ţine şi fetişismul mîinii.

Chirologia este studiul mîinii (Huisman).

Chirognomia se ocupă de fizionomia (aspectul) ei, pentru cunoaşterea persoanei. *Chiromancia* se foloseşte de detaliile morfologice pentru a „ghici", chipurile, viitorul.

Dactiloscopia este folosirea amprentelor digitale (şi, în general, a *dermatoglifelor* digitale, palmare şi plantare) în scopuri administrative, poliţieneşti, criminalistice şi ştiinţifice. Amprentele digitale au fost utilizate, pe scară întinsă, mai întîi de J. W. Herschell în administraţia Indiilor ; ele au fost studiate ştiinţific, sistematic, de către Purkinjie (1823), apoi de către Galton (1888) şi au fost extinse de către Bertillon ş.a. În vechiul Extrem Orient, amprentele serveau drept sigiliu. Amprentele rămîn identice calitativ în cursul întregii vieţi (lucru de mare importanţă în medicina legală). În ultima vreme, dermatoglifele sînt folosite în cercetări de genetică umană, de antropologie, de patologia dezvoltării şi a sexualizării.

Încă Anaxagora susţinea că omul îşi datoreşte superioritatea folosirii mîinilor şi menţiona utilizarea examenului mîinii pentru cunoaşterea *caracterului* uman. Aristotel scria că mîna este „instrumentul (unealta) care înlocuieşte toate instrumentele (uneltele)", dar admitea că omul „are mîini pentru că este inteligent" şi le poate folosi (deci că mîinile sînt un fel de dar al naturii, pentru a-şi putea pune în valoare inteligenţa ; astăzi

ştim că folosirea mîinii a dezvoltat inteligenţa). Aristotel, apoi Galen, s-au ocupat de semnificaţia multor detalii ale mîinii. În Biblie (cartea lui Iov) stă scris că „Dumnezeu a pus semne în mîna tuturor, pentru ca fiecare să se poată cunoaşte". În Kabală se învaţă că mîna este microcosmosul sintetic al evoluţiei umane, un „rezultat al tuturor rezultatelor".

După *chirognomonie* (care trebuie considerată ca o sinteză a observaţiilor empirice multimilenare), palma exprimă facultăţile intelectuale şi morale, în timp ce degetele ar exprima temperamentul. După D'Arpentigny (1843) şi Desbarolles, întîlnim 7 tipuri fundamentale de mînă : mîna *elementară ;* mîna *necesară* (a omului practic ; cu policele mare şi în formă de spatulă sau de lopată), mîna *artistică* (efilată, conică), mîna *utilă* (unghiulară sau pătrată : mîna de funcţionar ordonat), mîna *filozofică* (noduroasă), mîna *„psihică"* (sau ascuţită : a lui V. Hugo, G. Sand, Lamartine, Milton, De Vigny), mîna mixtă. Policele ar fi „simbolul voinţei raţionale" (police mare aveau Voltaire şi Napoleon). Din punct de vedere antropobiologic, opozabilitatea policelui are o deosebită semnificaţie. Se remarcă, la om, o mare dezvoltare a muşchiului flexor propriu al policelui (care pare a fi „cel mai psihic dintre muşchii mîinii", Vaschide). C. G. Carus (1846) descrie *patru tipuri :* mîna elementară (a lui Sancho Pança), mîna motrice (a lui Marius), mîna sensibilă (a lui Tasso), mîna psihică (din reprezentările picturale ale lui Isus).

Deşi un *canon artistic al mîinii* a fost cunoscut încă de către vechii egipteni, perfecţionat de Polyctet şi de romani, refăcut de Leonardo şi Dürer — *mîna* nu este un element căruia i s-a dat atenţie în artele plastice, pînă la operele şcolii flamande. Psihologia persoanei poate fi însă „evocată" pornind de la mîini (cel puţin pe tărîm artistic).

Înainte de Renaştere, *gestul* domina *mîna*. Studiile anatomo-fiziologice ale secolelor următoare au pregătit pictura secolului XVIII, care dă eşantioanele cele mai frumoase ale mîinii, care prezintă mîini „vii şi personale". N. Vaschide observă că, „asociată gîndirii în mod continuu, mîna traduce — ca şi faţa — şi contribue la fizionomie... mîna poate servi într-adevăr ca un criteriu al mentalităţii umane".

Un prim element de luat în considerare în *psihofiziologia mîinii,* este pielea, deoarece mîna este, prin excelenţă, un organ tactil. Fiziologia pipăitului este complexă, cu variaţii individuale ; pipăitul este un simţ foarte educabil (profesional, sau la surdomuţi). Se adaugă sensibilitatea la căldură şi la durere, cea legată de inervaţia părului (trichestezia), ca şi sensibilitatea musculară (cu imaginile motrice corespunzătoare etc.) ; după unii autori, pielea ar avea şi sensibilitate la lumină. Din punct de vedere *psihosocial,* mîna a fost caracterizată ca fiind „organul contactelor noastre concrete cu viaţa reală". Menţionăm, în treacăt, problema asimetriei funcţionale dreapta/stînga şi a superiorităţii mîinii drepte (la cca. 3/4 dintre oameni) de unde un anumit *prestigiu* al mîinii drepte. Mîna are o uriaşă semnificaţie simbolică şi numeroase sînt expresiile metaforice în care intervine cuvîntul „mînă". *Strîngerea de mînă* este „un contact musculo-tactil, care este aproape un contact mintal" (Vaschide), plin de învăţăminte căci mîna este „evocatoarea unei întregi sensibilităţi ascunse". Vaschide a cules date privind strîngerea de mînă a bolnavilor neurologici, a psihopaţilor şi a psihoticilor, a muribunzilor. Multiple semnificaţii are şi *gestul manual.*

Pentru că există *mişcare* în orice elaborare mentală — pentru că orice formă de gîndire, conştientă sau subconştientă, se poate traduce sub formă motrice şi pentru că în mînă există constant o tendinţă „impulsivă" de a executa mişcări inconştiente, mîna exprimă mai mult decît oricare altă parte a corpului, ceea ce se petrece în viaţa interioară. Grafologia este, din acest punct de vedere, după acelaşi autor, o „demonstrare experimentală a psihologiei revelatoare a mîinii".

Şi în alt sens, mîna „exprimă" în *sfera patologicului* : reamintim paraliziile isterice (cu semnificaţie simbolică dezvăluită de către psihanaliză) ca şi *crampa scriitorilor* (descrisă de Brück, 1831) şi analogele ei — „crampa funcţionarilor de la telegraf" (Onimus, 1875) sau „crampa pianiştilor" şi a altor instrumentişti.

Pentru medicină, *psihofiziologia* mîinii este interesantă şi prin alte valenţe. *Mîna ca organ al mîngîierii* poate constitui un capitol al psihoterapiei. Mîna este şi *„emiţătorul"* acelor „fluide" prin care acţionează chirotetia şi „magnetismul animal" ; actualmente se cunosc date despre cîmpul biologic al mîinii şi despre variaţiile cîmpului său electric. Mîna este organul cu ajutorul căruia *medicul* recoltează date ale examenului fizic : palpare, percuţie. Este de menţionat că acest *contact fizic* cu mîna medicului are el însuşi virtuţi psihoterapice şi — pentru unii bolnavi — el înseamnă un contact fizic *intim* care creează complicaţii, uneori nedorite, în relaţiile medic-pacient. *Pentru chirurg,* ca şi pentru sculptor sau pentru pictor, mîna este tot atît de importantă ca şi mintea ; în acest sens P. Brînzeu a adunat şi a scris rînduri frumoase şi semnificative.

Cînd Fr. Engels nota că „mîna a ajuns la acel grad superior al perfecţionării care i-a dat posibilitatea să creeze minuni ca tablourile lui Rafael, ca statuile lui Thorwaldsen sau muzica lui Paganini" el se referea desigur şi la faptul că în *creaţia artistică* se *exprimă,* prin mijlocirea mîinii, personalitatea artistului.

Vaschide citează un admirabil poem dedicat mîinii, de către Rodenbach (1896). În poezia românească, mîinii i-au fost dedicate versuri frumoase de către T. Arghezi, M. Beniuc.

Paul Valéry, în faţa Congresului francez de chirurgie din 1938, îşi exprima regretul de a constata că nu s-a scris încă *un tratat despre mînă.* Oare P. Valéry nu cunoştea tratatul lui N. Vaschide ?

Examenul grafologic

Determinarea calităţilor individului după scris a preocupat pe mulţi încă din antichitate, cum rezultă din scrisorile lui Aristotel, Demetrius din Falera şi Suetoniu. Se pare că adevăratul studiu al scrierii începe în Orient, în China în primul rînd şi apoi în Japonia.

O serie de observaţii interesante şi sugestive asupra scrierii găsim la Leibnitz, Goethe, Lavater apoi la Stephan Collet, Edgar Poe, Walter Scott, Humboldt, Balzac, Fourrier, G. Sand, Sainte-Beuve, Al. Dumas-fiul.

Fundamentarea şi cercetarea psihofiziologică a scrierii începe relativ recent cu Preyer, Meyer, Crépieux-Jamin, Michon, Argenta, R. Saudek, Max Pulver. W. Hégar, Pophal, A. Schneickert etc.

Importanța științifică a grafologiei a fost recunoscută în țara noastră de Gh. Marinescu și apoi de C. I. Parhon. Ultimul scria (1932) : „un raport dintre scriere și personalitate este în afară de orice îndoială. Putem afirma, de cele mai multe ori, că o anumită scriere aparține unei anumite persoane după cum putem identifica acea persoană printre multe altele sau după cum o putem recunoaște pe o fotografie. Faptul este bazat pe principiul corelațiunilor. Scrisul este în ultima analiză expresiunea înregistrată a unor contracții musculare, ele înșile expresiunea scurgerii în mușchi cu o anumită intensitate, viteză și cu un anumit ritm a energiei nervoase. Acestea toate nu țin numai de activitatea psihică, de caracterul individului, ci și de cea somatică...".

Aceste trăsături caracteristice fiecărui individ în parte sînt condiționate mai ales de procesele activității nervoase superioare ; studiul scrisului, ca element ultim apărut în cadrul celui de-al doilea sistem de semnalizare specific omului și ca manifestare fixă a gestualității noastre expresive pare a fi, astfel, o metodă de cercetare perfect validată și neurofiziologic. În actul scrisului, sînt implicate zone întinse din scoarța occipitală, parietală, frontală și temporală și numeroase conexiuni transcerebrale.

Din punct de vedere psihofiziologic, scrisul integrează senzații și imagini vizuale, auditive, tactile, kinestezice și motorii.

Mecanismul reglator al scrisului poate fi privit ca un joc de inhibiții prin care se frînează anumite reacțiuni și se eliberează anumite sisteme sensorio-motorii. Ca în toate actele devenite automate prin repetiție, participă în scris zone întinse din subcortex, ca și cerebelul.

În concluzie, scrisul ca mișcare voluntară secundar automatizată este un proces condiționat asociativ. Dar, fiind fundamental o gestualitate, scrisul are și o dimensiune afectivă.

Constînd din gesturi extrem de fine care rămîn înscrise, scrisul ne oferă informații mult mai ample decît acelea pe care ni le dă gestualitatea feței, mîinilor etc. la simpla observație vizuală. Dar pe lîngă mișcări expresive (legate de emoție), există și mișcări *reprezentative,* care traduc trăsături de caracter sau tendințe, cu ajutorul unor mișcări simbolice și metaforice (G. Dumas). Mișcările simbolice se produc cu ocazia imaginației și gîndirii. Mișcările metaforice sau figurate sînt bazate pe analogie (întinderea brațului pentru a desemna atotputernicia etc.). Ambele categorii constituie mișcări sau gesturi pantomimice, intenționale, care indică deci atitudini, raporturi, poziții, năzuințe.

Pe de altă parte, în orice mișcare avem o așteptare inconștientă a imaginii pe care tinde să o realizeze reprezentarea acestei mișcări ; ea *codetermină* mișcarea. Așa cum auzul influențează vorbirea continuu și în mod inconștient, ochiul exercită un control asupra scrisului ; atunci cînd organul de control, ochiul se tulbură sau încetează de a funcționa, scrisul încetează nu numai că se adapteze, dar să și „exprime", și încetează să mai evolueze.

Legat de controlul ochiului (ca și de cel proprioceptiv) se pune și problema unui simț spațial individual : individul va prefera și un anumit *stil* de mișcare etc.

Dacă expresia este un dat în raport cu structura temperamentală individuală, reprezentarea este un dat prin excelență psihosociologic

raportîndu-se la atitudini ca şi la dispoziţii individuale ale caracterului. Reţinem următoarele principii ale analizei lor (A. Athanasiu) :

a) Scrierea apare ca o *structură,* în care orice trăsătură îşi găseşte semnificaţia numai prin relaţie cu celelalte trăsături şi în raport cu întregul. Ca atare, nu există semn fix cu semnificaţie absolută care să exprime o calitate a individului. Dacă nu există o singură trăsătură care să releve o calitate, invers o calitate (de exemplu energia) se poate exprima prin diferite semne (după cum tema aceleiaşi nevroze este exprimată prin cele mai variate feluri de expresie) : *echivalenţă de expresie.*

b) Scrierea depinde de anumite condiţii. Astfel, condiţiile exterioare ca peniţa, hîrtia, forma grafică învăţată etc. sau o stare momentană (de ex. graba sau o boală acută) vor modifica într-o oarecare măsură aspectul general al scrierii. De asemenea, în anumite condiţii permanente (o boală cronică), aspectul general poate fi păstrat, dar cu modificarea unor trăsături de detaliu.

c) Scrierea fiind o înregistrare a *proceselor* activităţii nervoase superioare, studiul ei trebuie să fie făcut *dinamic ;* ea nu rămîne identică în timp, păstrîndu-şi anumiţi invarinaţi sub influenţe intercurente dar şi urmînd evoluţia personalităţii. De exemplu, odată cu înaintarea în vîrstă apar mai multe întreruperi în scris. Această fragmentare a scrierii a putut fi atribuită, după caz, fie accentuării tendinţei de a reflecta, de a medita, fie unor inhibiţii, oboselii, tulburărilor cardiovasculare etc.

d) Scrierea nu trebuie privită ca o sumă de mai multe elemente grafice, ci ca o funcţie de mai multe variabile.

e) Scrierea reprezintă o unitate complexă de elemente contradictorii (trăsături mai lente şi altele mai repezi, trăsături centripete şi trăsături centrifuge), indicînd fenomene de excitaţie şi inhibiţie, de expansiune şi de reţinere etc. şi traducînd, astfel, aspectul contradictoriu al individualităţii.

Cercetarea *experimentală* a elementelor fundamentale ale scrisului înseamnă a înregistra precis presiunea, viteza, forma, ritmicitatea scrierii şi a vedea dacă aceste elemente îşi capătă o configuraţie specifică pentru fiecare tip în parte. În acest sens E. Malespine, prin metoda grafografică, a adus scrierii documentul experimental cinematic care permite această măsură. La noi în ţară, cercetări de acest fel au fost efectuate de V. Enătescu.

Fiecare om are curba sa grafografică *(grafograma),* mai personală chiar decît semnătura. Se pare, de asemenea, că la temperamente asemănătoare există grafograme asemănătoare.

În afară de temperamentele hipocratice şi tipurile de sistem nervos, s-au luat în considerare — în interpretarea corelativă a grafismului — şi alte tipologii. De asemenea, s-a arătat importanţa studiului scrisului în orientarea şi în selecţia profesională (Foix), ca şi în studiul structurii personalităţii (Klages, Eysenck).

Pe lîngă aspectul *caracterologic* (încă discutat), grafologia are şi un aspect *medical.* Studiul scrisului patologic are o valoare reală în diagnosticul şi în prognosticul bolilor.

Studiul caracterologic diferă prin metodă şi prin obiect de studiul medical al scrisului :

1. Din punctul de vedere al metodei, menţionăm că examenul grafo-caracterologic se ocupă numai de execuţia materială a scrisului, adică de *scriere,* în timp ce examenul medical ia în considerare ansamblul scrisului, adică în acelaşi timp scrierea, ortografia, sintaxa, stilul şi ideile exprimate.

2. În ce priveşte obiectul, studiul caracterologic ia în consideraţie trăsăturile temperamentale şi calităţiile ca şi defectele intelectuale şi morale, în timp ce studiul medical caută manifestările unor stări morbide determinate.

Experienţa arată că perturbaţiuni ale scrisului pot apăra în o serie de afecţiuni, şi anume : 1) dispnee, 2) tulburări cardiovasculare, 3) intoxicaţii, 4) maladii nervoase, 5) maladii mentale, 6) tulburări vizuale, 7) constituţii psihopatice (dezechilibraţi), 8) tulburări endocrine.

Cîteva aspecte bine stabilite actualmente privesc tulburările scrierii la copil şi alteraţiunile grafice din afecţiunile neuropsihice. Printre perturbările scrisului la copil menţionăm : *disgrafia* (legată de neîndemînare, debilitate motrice, tulburări ale tonusului, a structurii spaţiale, ale schemei corporale), *scrierea în oglindă* (pare a fi în raport cu tulburările structurii spaţiale şi cu o dominanţă hemisferică stîngă rău stabilită), *crampa* (mod de expresie a conflictelor afective pe un teren de debilitate motrice).

La adult, s-au putut observa alterări relativ caracteristice ale traseului grafic în : paralizia generală, choree, tabes, scleroză în plăci, paralizii ale membrului superior, ca şi în unele afecţiuni endocrine ca boala Basedow. De asemenea, există tulburări în epilepsii (scrieri preparoxistice şi postparoxistice), schizofrenie, psihoză maniacodepresivă, isterie etc.

Contribuţii promiţătoare au fost aduse de grafometrie, metodă de analiză a scrierii, în acelaşi timp metrică şi statistică (H. de Gobineau şi M. Perron).

Trebuie să mai menţionăm aici că *grafoterapia* se recomandă în diverse cazuri de tulburări motorii şi psihice. Ameliorările nu sînt numai grafice, ci şi caracteriale şi psihologice sau chiar fiziologice (Trillat).



În concluzie, studiul scrierii constituie un procedeu de cercetare dinamică util în studiul personalităţii.

Scrisul este aceea dintre mişcările voluntare în care memoria intervine la fiecare moment, la fiecare cuvînt, care acţionează prin cele mai multe staţiuni intercalare şi care pune în joc, simultan şi împreună, facultăţi intelectuale şi proprietăţi afectivoinstinctive şi senzoriomotrice. Este aceea dintre manifestările individualităţii care angajează şi utilizează cel mai mare număr de părţi independente (mişcare, formă, proporţie, măsură, ritm...).

Sănătatea și sănătatea mentală

Introducere

Pentru unii teoreticieni ai medicinii, între *sănătate* şi *boală* nu există frontieră care poate fi definită obiectiv. Ceea ce numim „boală" poate fi şi o abatere de la „norme" stabilite sau admise în cadrul unei anumite culturi. M. Mead a arătat că, la popoarele primitive, există „norme" acceptate social privind chiar şi frecvenţa „scaunelor" ! Cu atît mai mult — „societatea este cea care decide dacă un om este nebun sau genial" (N. Willard). Unii autori susţin că despre boală putem vorbi numai atunci cînd abateri cantitative de la normă produc, la o anumită etapă a dezvoltării lor, un „salt calitativ". Fenomenele patologice ar avea deci un *specific calitativ* în raport cu fenomenele normale.

Este important să nu uităm faptul că există bolnavi (sau purtători de procese patologice) adaptaţi la viaţă şi productivi, bolnavi „care se ignoră" sau care sînt compensaţi — în timp ce mulţi oameni „sănătoşi" din punct de vedere somatic şi chiar psihic — sînt *suferinzi*. O definiţie O.M.S. leagă starea de sănătate de impresia de „bine" *(well-being)*, adică defineşte sănătatea în mod *pozitiv*. În general, în *sectorul somatic* se pune accentul pe performanţele de adaptare. Noi punem accentul şi pe posibilităţile de evoluţie (dezvoltare) — sau, altfel spus, credem că o bună adaptare este cea care favorizează evoluţia.

În sectorul psihic, criteriul adaptării nu poate fi acceptat fără rezervă. Adaptarea împinsă dincolo de orice limită devine un indiciu de slăbiciune a personalităţii şi, cîteodată (după cum scrie Baruk), „pur şi simplu un indiciu de laşitate". Omul în întregime adaptat poate constitui o personalitate mediocră (H. Minkowski). G. W. Allport observă că „ceea ce este uzual nu este, adeseori, identic cu ceea ce este de dorit" şi că persoana nu se defineşte prin stabilitate, ci prin evoluţie : nu „homeostasis", ci „transistasis".

Dacă admitem că „individul" este, prin esenţă, contradictoriu, atunci nici lipsa de contradicţii interne, nici lipsa de contradicţii externe nu reprezintă un ideal de sănătate. Echilibrul interior excesiv este incompatibil cu vitalitatea mentală.

„Sănătatea“ nu este tot una nici cu perfecta adaptare la sine-însuşi (C. Rogers). Dar specificul calitativ al vieţii umane ţine de *individualizare* ; este importantă noţiunea de „normă individuală“ (Sihle ş.a.) ; există mii de feluri în care putem fi sănătoşi (M. Boven, 1946).

Mai de mult, C. Schwarz (1933) a făcut deosebirea între „norma statistică“ (discutată mai sus), „norma biologică“ (legată de deplina adaptare) şi „norma ideală“ (uneori „apriorică“, „de esenţă“ — reprezentînd maxima desăvîrşire pe care o poate activa specia : de exemplu, eroul). Dar trebuie să adăugăm că perfecţiunea poate fi înţeleasă atît în sens vital, cît şi în sens estetic sau/şi etic.

După N. Mărgineanu, sănătatea (psihică) înseamnă colaborare armonică între forţele psihice, corporale şi sociale, *„rezultat al adaptării sau integrării forţelor sufleteşti... la sine, la corp şi la societate“*. Persoana sănătoasă sufleteşte se poate recunoaşte după două trăsături principale, care sînt : a) sentimentul de bună stare, linişte şi pace interioară ; b) relaţii „normale“ cu semenii şi societatea. Conduita este stabilă şi se observă o lipsă de conflicte. Omul normal e un „om de înţeles“, cu care convieţuirea nu e numai cu putinţă, ci chiar plăcută...“. Autorul aminteşte însă că sentimentul de suferinţă este, uneori, rezultatul unui efort spre mai multă ordine şi echilibru — cazuri care sînt tocmai „negaţia ideii de boală“ şi că adaptabilitatea depinde atît de grupul social, cît şi de excepţionalitatea individului („geniul nu a fost niciodată iubit de cei din jurul său“).



J. Rofé a propus 5 *criterii* sau „puncte cardinale“ : „omul va fi considerat cu atît mai *normal,* cu cît este mai apropiat de punctul cardinal teoretic“.

1. *Interdependenţa psihofizică :* omul este cu atît mai sănătos cu cît îşi simte mai puţin organismul funcţionînd, iar fenomenele psihomorale trebuie să-şi păstreze o autonomie cît mai neîntreruptă faţă de eventualele afecţiuni somatice.

2. *Calitatea funcţiunilor psihice.* Organele (diferitele elemente ale sistemului nervos, de exemplu), în calitatea lor de „instrumente“, trebuie să fie intacte ; iar funcţiunile psihice se cer cît mai perfecţionate prin exerciţiu.

3. *Direcţia (orientarea) forţelor afective.* Se pretinde un just raport între „autodefiniţie“ (apărarea şi afirmarea de sine) *(Selbstbehauptung)* şi dăruirea, devotamentul *(Hingabe).*

4. *Raportul cu realitatea.* În mijlocul „valurilor vieţii, *izotonia* se cere menţinută în ciuda eşecurilor care deprimă, în ciuda succeselor care exaltă — şi aceasta printr-o neîncetată şi obiectivă examinare a realităţii.

5. *Menţinerea unităţii sufleteşti.* Aceasta înseamnă : a) unitate de tonus (egalitate de dispoziţie, continuitate în efort) — care se menţine prin intervenţia iniţiativei ; b) unitate de conducere (coeziune psihică, acord între idei şi între gînd şi faptă) — perfectată prin străduinţă ; c) unitate de atitudine — garantată de adeziunea masivă a afectivităţii noastre la cîteva „constante“.

Aceasta ne duce aproape de rezultatele anchetei lui F. Duyckaerts asupra conduitei normale. Normalitatea este *integrare* a tendințelor ; *autonomie* față de constrîngeri și prejudecăți ; *adaptare* socială ; *asemănare* cu ceilalți (opusă „monstruozității") — și, mai presus de toate, viață individuală și socială orientată în *sens creator* (J. Lacroix).



O mențiune specială trebuie făcută cu privire la *rezervele* sufletești. S-a făcut observația că starea de sănătate este mai mult decît un *bien-être* — este o oarecare disponibilitate „pentru excese" (Canguilhem). Aceasta nu trebuie să ne ducă la ideea că starea morbidă se evidențiază numai la solicitare sau la suprasolicitare. S-a putut observa (Schulte, 1951) că în unele cazuri de nevroză, situația declanșatoare nu a fost solicitarea, ci *degajarea* de solicitări. De aceea, „numai atunci putem spune despre un om că este cu adevărat sănătos, cînd sîntem convinși de capacitatea sa de a rezista la solicitare ca și la degajare". Căci solicitarea poate însemna un motiv de a „ține în frîu" boala, sau un *excitant trofic*, sau un element care dă vieții orientare și sens. În orice caz, *încordarea orientată* este un element sanogenetic ; pierderea ei este patogenetică pentru persoanele incapabile să-și găsească singure un țel. *Idealul* este un „factor de sănătate". Sînt numeroase cazurile în care persoana este „incapabilă să suporte libertatea".

Sănătatea se caracterizează și prin lipsa a tot ceea ce se interpune între *eu* și *alții*, între *eu* și *lume*, în afara receptivității intelectuale și afective. S. Freud scria că omul sănătos este cel capabil de dragoste și de creație : dar *dragostea* implică sensibilitate, aptitudine de a lupta și de a dărui, posibilitatea unei bune (și înalte) integrări psihosomatice, capacitatea de a stabili un contact interpersonal (și nu numai interorganismic). Dragostea, ca și creația, se înscriu pe linia dezvoltării și exprimării persoanei. *Creație* înseamnă înnoire, prin opoziție cu stereotipia, cu automatismele, cu rigiditatea, cu regresiunea.

Este cunoscută caracterizarea lapidară dată de K. Marx : „boala este viață limitată în libertatea ei". Este vorba, desigur, de limitări *intrinseci* (sau devenite *intrinseci*). După treapta de evoluție filogenetică, după treapta de umanizare a omului, dar și în funcție de diversificarea individuală, limitarea libertății vieții (organice, psihice, spirituale) are mecanisme, criterii și semnificații diferite (multiple).

Dacă există *continuitate* sau *discontinuitate* între sănătate și boală, în domeniul psihic părerile sînt împărțite. Dar există *structuri paranormale*, cum sînt psihopatiile, diatezele etc. ; aproape incontinuu, persoana noastră este supusă la perturbații care se învecinează cu boala. Situațiile intermediare pot fi etichetate prin termenul de *perinormal* (E. C. Crăciun, 1953).



G. Ionescu a reluat recent (1979) examinarea conceptului de sănătate mentală, folosit „într-o prejudiciabilă ambiguitate" cu cele de igienă psihică sau de normalitate. Noțiunea de normalitate (normă, normativitate)

ar constitui *fundalul* stării de sănătate, care se instituie ca o calitate. Normalitatea vizează abordarea medicală tradițională plasîndu-se în domeniul medicinii curative, în timp ce sănătatea vizează abordarea psihosomatică, înscriindu-se în aria medicinii preventive.

Definițiile și descrierile sănătății psihice pot fi înscrise pe o axă care prezintă un pol afectiv-motivațional și altul cognitiv-acțional. Înțelegerea sănătății *ca fenomen* este facilitată de o „ipostaziere" a acestuia într-un context : sănătatea poate fi privită ca adaptare, ca medie (normă), ca proces și dezvoltare, ca integrare socială, ca valoare.

Boala în cadrul personalității morbide

În psihiatria actuală, *psihopatiile* sînt considerate stări cronice, constituționale, la limita dintre normal și patologic, care fac să sufere mai mult ambianța decît pacientul însuși. Cunoașterea lor este de interes pentru medicina generală, deoarece modul în care se stabilește și evoluează contactul între medic și pacient, atitudinea bolnavului față de propria suferință și boală depind, în mare măsură, de trăsăturile psihopatice ale individului. K. Schneider (1923), a cărui clasificare a făcut epocă, descrie pe hipertimici, pe depresivi, pe fanatici, pe nesigurii de sine, pe cei cu dispoziție labilă, pe cei lipsiți de autoritate, pe cei lipsiți de afect (oamenii „reci", nesimțitori), pe cei lipsiți de voință (abulici), pe astenici și pe „explozivi". E. Bleuler, urmîndu-l pe E. Kraepelin, deosebea nervozitatea (scăderea rezistenței psihice la influențele externe și interne, cu insuficienta tensiune a voinței) de nestăpînire și de iritabilitatea anormală. El descria pe cei „care trebuie să se află în treabă" și pe oamenii mînați de pulsiuni (risipitorii, vagabonzii, dipsomanii), pe nestatornici (la care lipsește unitatea și consecvența vieții psihice), pe mitomani *(pseudologia fantastică)*, pe certăreți și scandalagii *(pseudocverulanți)*, pe cei cu *insanitate morală*. O categorie aparte o constituie debilii mintali, care pot fi confuzici, infantili, „idioți superiori" (Gudden) sau și „de salon" (Hoche) etc. O altă categorie o reprezintă psihopații sexuali (Krafft — Ebing). L. Lévi a diferențiat *puerilismul* de *juvenilitatea persistentă* și de *nervozism*, legate de hipertonii sau de hipotonii ale sistemului endocrin.

Cunoașterea psihonevrozelor este de asemenea de mare interes practic pentru medicul de orice specialitate, deoarece „temperamentele nevrotice" și psihonevrozele (patente sau atenuate) sînt foarte frecvente în practica zilnică, iar prezența lor dă o coloratură particulară evoluției bolilor somatice și simptomatologiei subiective. Între „personalitățile psihopatice" ale autorilor germani și psihonevrozele manifeste, există, dealtfel, numeroase forme de trecere.

Personalitatea psihastenică, descrisă de Pierre Janet, este caracterizată prin asocierea unui „sindrom psiholeptic" (alcătuit din plictiseală, dintr-un sentiment de insuficiență și de incompletitudine, dintr-o dificultate și aprehensiune a prezentului și a realului) cu simptome variate din sfera anxietății, spaimei, fobiilor, obsesiilor, ideilor fixe. În concepția lui P. Janet, „funcțiunea realului" și „funcțiunea de prezentificare" necesită un nivel înalt de tensiune psihică.

Personalitatea anxioasă, numită şi anxietate constituţională, este caracterizată prin prezenţa unei spaime flotante, permanente, care eventual se poate fixa şi se poate însoţi de pseudofobii sau chiar de fobii. Frecventă este fixarea pe senzaţiile corporale minime (angoasa ipohondriacă). În aceste cazuri, subiectul se teme să nu aibă o boală, eventualitate ce i se pare plauzibilă. Pentru unii autori (şi după concepţia psihanalitică), prezenţa fobiilor adevărate ar indica existenţa unei *personalităţi isterice*. Pseudofobia este o teamă rezultată din asocierea unei situaţii cu o primejdie reală trăită într-o perioadă anterioară, în timp ce fobia adevărată este spaima faţă de ameninţarea iruperii în conştiinţă a unor pulsiuni interzise (de cele mai multe ori de natură sexual-genitală). După concepţia psihanalitică, *ego*-ul recurge la apărare prin „transformarea" pulsiunii primare în altă pulsiune (de obicei, una contrară) şi deplasarea ei asupra unui obiect simbolic. *Obiectul fobogen are o valoare simbolică.*

Fobia desemnează teama angoasantă declanşată de un obiect sau de o situaţie care, prin ele înşile, n-au un caracter periculos. Teama este recunoscută absurdă — dar, totuşi, este incoercibilă. Cînd avem de-a face cu fobia bolii, cu *nosofobia* — subiectul deşi recunoaşte absurditatea ideii, este constrîns să gîndească că are, în mod efectiv, o anumită boală.

Personalitatea obsesională este caracterizată prin fenomene reproducînd la minimum nevroza obsesională. Obsesia (Falret, 1866) este un conţinut de conştiinţă care *asediază* spiritul, o „reprezentare constrîngătoare" (Westphal, 1877) sau o „compulsiune" (tendinţă la act). Sentimentul, ideea, tendinţa care irup în conştiinţă apar subiectului ca fiind fenomene străine, morbide, în dezacord cu eul conştient ; ele persistă cu toate eforturile depuse de a scăpa de ele. Lupta pentru gonirea lor se însoţeşte de angoasă. Teama este recunoscută intelectualiceşte ca fiind absurdă.

Termenul de *anancasm* (Donath, 1896) semnifică iniţial *destin*, dar astăzi are tendinţa să se răspîndească pentru a înlocui termenii „obsesie" şi „compulsie". Este de menţionat faptul că, în compulsie, actele săvîrşite se remarcă prin stereotipia şi prin formalismul lor (sînt *rituri* sau *ritualuri*). Există, de asemenea, *conduite de evitare*. Prin *personalitate anancastică*, unii autori înţeleg o asociere a unor elemente de personalitate obsesională şi a unor elemente de „caracter anal". Ultimul — definit în freudismul ortodox — s-ar caracteriza prin gust de ordine, gust de economie şi încăpăţînare.

În afară de nosofobie, interes pentru medicina generală o au : fobia de obiecte vulnerabile, fobia morţii, ereutofobia (teama de a roşi, frecventă în adolescenţa obsedaţilor), „delirul de contact" cu punctul de plecare în fobia murdăriei şi a contaminărilor (aci există adeseori un „gest liberator", reprezentat prin spălarea repetată sau intermitentă a mîinilor). În fobia *obsedantă* (analizată fenomenologic de v. Gebsattel), psihonevroticul găseşte pretutindeni ameninţare, murdărie, decompoziţie sau moarte: „un *univers ostil şi magic* se impune obsedatului, univers în care nimic nu mai este anodin, natural, evident" (A. Lauras). H. Ey compară lumea obsedatului cu o citadelă în care bolnavul este totodată cel asediat (de el însuşi) şi cel ce asediază. Deşi la suprafaţă pare să fie vorba de o luptă între Eu şi obsesie — în profunzime se duce o luptă a Eului cu Eul său profund. Obsedatul se luptă cu obsesia sa, dar în acelaşi timp se complace în obsesie.

Ştefănescu-Goangă, Al. Roşca şi S. Cupcea (1936) au axat diferitele constituţii psihopatice pe *instabilitatea emotivă*. Reamintim că prin „constituţie emotivă", Dupré a înţeles o exagerare difuză a sensibilităţii cu insuficienţa inhibiţiei reflexe şi voluntare. Prin *neurastenie*, autorii propuneau să se înţeleagă un sindrom alcătuit din tonus somatic scăzut, fatigabilitate, dureri corporale variate, insomnie şi ipohondrie.

Personalitatea isterică poate constitui un teren propice pentru dezvoltarea nevrozei fobice. Ea se caracterizează clinic prin labilitate emoţională (reacţii adecvate dar excesive, totuşi fără persistenţă) şi histrionism (subiectul trăieşte într-o lume teatrală). „Crizele" isterice nu survin niciodată în singurătate ! Istericul doreşte *să i se dea atenţie*. Această dorinţă este, uneori *justificată*. Se mai adaugă note de egocentrism („posesivitate afectivă"), ca şi o anumită tendinţă la „erotizare" (adică la a da semnificaţie sexuală unor obiecte şi situaţii foarte diverse), ca şi o netă tendinţă la fabulaţie (subiectul trăieşte într-o realitate fantasmagorică pe care a creat-o). La femeie, isteria se însoţeşte adesea de frigiditate. Contrar a ceea ce sugerează etimologia cuvîntului *isterie*, personalitatea isterică şi chiar nevroza isterică se întîlnesc şi la bărbaţi. Dupré, apoi Delmas Boll — au descris *constituţia mitomaniacă*, cu stigmate isterioide şi cu tendinţa nativă la minciună şi simulare. A. Păunescu Podeanu adoptă (după Dimolescu) descrierea a 7 constituţii psihopatice : perversă, paranoidă, emotivă, mitomaniacă, ciclotimică (distimică), schizoidă, epileptoidă. A se vedea şi subcapitolul din lucrarea noastră referitoare la „personalităţile accentuate" (Leonhard).



Un interes real pentru medicină o are şi situaţia „nevrozaţilor temperaturii" (Mauriel). Oameni inteligenţi, deseori cultivaţi, pot avea obsesia „caldului" şi a „recelui" ; se cred friguroşi şi delicaţi, îşi dereglează sistemul de homeostazie termică prin cocoloşire (*homeostanie*, R. Held). Grija pentru o temperatură constantă (sau ridicată) a camerei se însoţeşte de agresivitate (orice impresie a „abaterii" de la atitudinea de cocoloşire poate antrena reacţii aparent paradoxale, de fapt răutăcioase : obligaţia — pentru ceilalţi — de a închide fereastra cînd le este cald, de a o deschide cînd le este rece ; dorinţa de răzbunare nu mai ţine seama de securitatea proprie). „Nevroza" devine cu uşurinţă familială (se raţionează în termeni de grade Celsius etc.). Interpretarea psihanalitică propusă, ingenioasă dar fantastică, se referă la starea de securitate a fătului şi a sugarului : aceşti oameni preferînd căldura intrauterină sau cea a leagănului, au nostalgia acestora.



Oboseala cronică, constituţională, ar merita să fie şi ea amintită aci. Există indivizi care îşi consumă toată energia pentru *a nu face nimic*. Oboseala este, pe de altă parte, o formă facilă de „refugiu (subconştient sau inconştient) în boală". „Oboseala" poate fi legată de lipsă de energie, dar şi de lipsă de „libertate", de dificultatea de a întreprinde sau de a su-

porta, de incapacitatea de proiectare în viitor. „Oboseala“ poate fi o mască, un alibi, un șantaj ; poate fi o „retragere narcisică“ a adolescentului sau a inadaptatului (Kahn). Trebuie subliniat faptul că inactivitatea *nu* este antidotul oboselii, căci „vidul“ pe care-l creează generează anxietate (*munca* și *lupta* susțin omul împotriva anxietății).

Sindromul astenic este alcătuit din fatigabilitate, irascibilitate, cu manifestări explozive după care urmează un sentiment de epuizare ; concentrarea atenției este anevoioasă ; apar multiple senzații neplăcute de la viscere, de la organele de simț, de la piele și de la aparatul locomotor.

Sindromul astenic, cel obsesional și cel isteric sînt sindroamele cardinale din cadrul simptomatologiei de tip nevrotic.



Nevroza are amprenta caracterului, iar caracterul conține în stare virtuală factori care se pot transforma în nevroză. E. Kretschmer a admis continuitatea *posibilă* între constituție (caracter), nevroză, respectiv psihopatie și psihoză. Dacă privim *tulburările psihice* (sau numai simptomatologia subiectivă) ca o reflectare a alterărilor cerebrale, este plauzibil să admitem (cu A. V. Snejnevski, 1960) că specificitatea sindroamelor descrește de la leziunile cele mai grave la cele mai puțin grave, în ultima categorie intrînd și sindroamele de tip nevrotic. Este de reținut și faptul că, într-o serie de afecțiuni somatogene (și, mai rar, psihogene), dinamica sindroamelor psihice prezintă o succesiune crescîndă a gravității, asemănătoare celeia descrise în schema lui Snejnevski, urmată de o regresiune în același sens (B. Llopis, 1960 ; H. J. Weitbrecht, 1957).

În medicina generală, interesează, în primul rînd, acele nevroze care au simptomatologie viscerală („somatizările“ psihogeniilor) dar totodată și „psihizările“ afecțiunilor somatice. Este important să se caute *coeficientul nevrotic* în diferitele boli somatice, coeficient care modifică simptomatologia, evoluția, prognosticul, receptivitatea la tratament și calitatea relațiilor dintre medic și pacient.

K. Schneider (care considera psihiatria ca studiu al anomaliilor psihice) deosebește anomalii *(Abnormalitäten)* ca variante ale speciei umane și anomalii ca *urmare a unor boli* (boli cunoscute sau numai „postulate“, cum este în cazul psihozelor endogene). Dar alături de ceea ce este *psihogen* sau *somatogen*. K. Schneider lasă deschisă posibilitatea anomaliilor *metagene*, care ar reprezenta o „rătăcire“ în dezvoltarea psihicului, cu rădăcini endogene, constituționale, eventual ereditare.

Pentru uzul practicianului, este utilă și sugestia lui K. Conrad (1958), după care în *tabloul* clinic s-ar cere să deosebim *figura* de *fond*.



S. Freud a vorbit despre *psihopatologia vieții cotidiene*, analizînd semnificația lapsusurilor, uitărilor, micilor greșeli de conduită (cum sînt și cele în care „ne-a luat gura pe dinainte“ etc.) ; ele deschid o fereastră către mecanismele inconștiente. Printre obiectivele ce le avem în vedere în lucrarea de față, se găsește și acela de a schița *psihopatologia vieții medicale de fiecare zi*. Înțelegem, prin aceasta, manifestări benigne din

sfera psihică şi a comportamentului, intrînd mai curînd în categoria lui *errare humanum est* decît în categoria morbidului şi care împestriţează existenţa curentă a bolnavului şi a medicului. Ca „ingrediente" ale atitudinii bolnavului faţă de boală şi faţă de medic (sau faţă de medicină), dar şi ca „ingrediente" ale atitudinii medicului faţă de bolnav (şi faţă de alţi medici), găsim frecvent elemente de logică afectivă, lapsusuri şi uitări cu semnificaţie reală pentru structura personalităţii — care traduc (exprimă) atitudini faţă de viaţă, faţă de sine însuşi, faţă de moarte. Alteori mecanismele de interferenţă a comportamentului adaptativ adecvat sînt mai complexe : represiune (refulare) sau regresiune spre o structură sufletească mai primitivă (infantilă, „magică" etc.).

Ipohondria. Bolnavul închipuit

Problema ipohondriei este (Weitbrecht) „un focar în care se concentrează problemele nesoluţionate ale medicinii şi psihiatriei". Sub eticheta de ipohondrie se înţelege, pe de o parte : a) starea de supraevaluare (cu anxietate şi îngrijorare) a unor tulburări existente, somatice sau psihice, însă *obiectiv* lipsite de importanţă — dar şi : b) un *tip* al comportării sufleteşti : bolnavul care se plînge medicului fără o întemeiere obiectivă („malade imaginaire", Molière). Acest *tip* nu este net despărţit de sfera normalităţii — şi are relaţii certe cu sindroame psihopatologice de natură depresivă sau compulsiv-anancastică, cu psihopatia celor nesiguri de sine, dar şi cu nevroza demonstrativ-anxioasă (de categorie isterică) sau cu cea „tendenţioasă". Ipohondria umple spaţiul larg între simulacru şi delirul paranoic — ipohondriac. E. Bleuler credea că ipohondricii sînt schizofreni latenţi. Diagnosticul se pune relativ uşor cînd se pot evidenţia simptome ale unei structuri psihopatice, ale unui delir schizofrenic, ale unei depresiuni ciclotime sau ale unei dezintegrări involutive. Diagnosticul *curent* oscilează între neurastenie, psihopatie, nevroză, simulare, *caput pigerrimum*. Esenţial este să se stabilească dacă este vorba de o „fugă în boală", realmente de o psihoză severă, sau de un caracter „reflexiv", care este sinonim cu ipohondricul înnăscut. Dar un astfel de caracter se poate dobîndi şi în urma unor experienţe de viaţă : corpul devine atunci (prin autoobservaţie şi prin grijă) nu numai *conţinut* al vieţii, ci şi al *anxietăţii* şi al fricii (şi, ca atare — avînd în vedere atît ambivalenţa, cît şi mecanismele reactive ale *ego*-ului — ipohondria traduce şi dorinţe) (Jaspers etc.). *Psihopatul astenic* este prototipul „nervosului" popular — care nu este astenicul schizotim al lui Kretschmer, ci este şi deosebit de labil din punct de vedere somatic. O. Foerster îi îngloba pe ipohondrici printre „stigmatizaţii vegetativi" şi susţinea existenţa (la aceştia) a interesării căilor corticofugale şi striopalidale de inhibiţie a durerii. Freud vorbea despre o „erogenizare narcistică" a unor anumite părţi din corp, prin desprinderea *libido*-ului de obiectele (sau persoanele) mediului înconjurător. În multe cazuri, nu se poate spune dacă punctul de plecare al ipohondriei este psihic sau somatic. Bineînţeles, psihoterapia este eficace mai ales în ipohondriile necaracteriale, *reactive* la întîmplări traumatizante. Iată şi aici există un moment constituţional — exprimat

prin limita de toleranță, prin capacitatea de „prelucrare" a experienței de viață, prin posibilitatea de a lua atiudine față de suferință. Ipohondria propriu-zisă trebuie diferențiată de stările depresive cu expresie mai ales vegetativă (Lemke) și de halucinațiile somatice ale schizofrenilor.

Omul „poate să fie ipohondric" deoarece este o ființă „îngrijorată". Grija referitoare la corp este oarecum corespondentă grijei pentru mîntuirea sufletului — o caricatură a „anxietății existențiale" (Weitbrecht). Ca și în cazurile de depresiune cu puternice sentimente de culpabilitate, bolnavii sînt alterați în fundamentele persoanei lor ; nu se mai poate spune că ei „au" o anumită boală, ci că ei „au devenit alții" și *acest fapt* este *tocmai* boala.

Ipohondria este o stare de frică de boli — dar ipohondricul nu este cu necesitate fricos și laș în toate împrejurările vieții. Anxietatea ipohondrilor nu trebuie considerată ca semnul umilitor al lipsei de virilitate. Desigur, ipohondricul este incomod pentru medic. Întîlnim ipohondricul capabil să sîcîie pe medic, dar și pe cel la care frica de boală se proiectează și asupra medicilor, examenelor, remediilor etc., astfel încît ei le evită pe cît se poate — și, uneori, exagerat. Din punct de vedere spiritual, Günther consideră că angoasa în fața bolii și a morții este corelată pozitiv cu sentimentele de compasiune și de omenie. Angoasa ipohondriacă poate, fi, așadar, și un catalizator sau un stimulent.



Pe linia școlii franceze de medicină, P. Pichot a definit *bolnavul închipuit* ca fiind „un subiect care-și închipuie că este atins de o boală corporală pe care el nu o are", — dar aceasta nu înseamnă că bolnavul închipuit nu este un bolnav psihic. Aproape o treime din bolnavii care cer o consultație psihiatrică fac parte din această categorie. *Ipohondricii* și *anxioșii* ar fi două mari categorii ; în ultima, se propune subdiviziunea în *nevroza de anxietate* (cu acuze speciale în sectorul cardiovascular) și *isteria de anxietate* (de exemplu, cancerofobia). La trăsăturile de personalitate de bază ale ipohondricului se pot asocia însușiri paranoide, obsesionale sau isterice. Isteria de conversiune se deosebește de „boala imaginară" prin simptomatologie, ca și prin rolul jucat de sugestie și hipnoză în apariția și terapia bolii. Starobinski insistă și asupra deosebirii dintre *boală închipuită* și *boală inexistentă*. O boală *închipuită* se poate transforma într-o boală „reală" ; uneori boala *închipuită* ia naștere din cauza unui diagnostic greșit (este iatrogenă). Contrar așteptărilor, frecvența *medicilor* printre *bolnavii închipuiți* este foarte mică (Debray, Starobinski și Varay).

Bolnavii „dificili"

A. Păunescu-Podeanu a consacrat o monografie *bolnavilor dificili*, acelor bolnavi care „chinuiți de suferințe variate, chinuiesc, la rîndul lor, pe medici cu plîngerile lor, cu solicitările lor, cu interpretările lor privind boala și, uneori, cu revendicările lor... dificili de multe ori chiar sub raport social, greu de suportat, incomozi, agasanți" *(les misérables)*. Ei acuză tulburări multiple, polimorfe, care izbesc prin anumite caractere speciale

(descrise, uneori, în termeni bizari) ; tulburări excesiv de variabile de la o zi la alta, intrigînd prin apariția lor „inexplicabilă", prin rezistența lor la terapeuticile cele mai diverse și prin corelarea cu o stare generală nu tocmai precară. „Niciodată nu se simt bine, dar nici nu le merge prea rău". Sînt bolnavi care trec de la un medic la altul, față de care unii medici au o faimă deosebită (și prin care unii își dobîndesc celebritatea, reputația, cariera).

Bolnavii dificili nu sînt bolnavi închipuiți. O reabilitare a lor a fost încercată de Nathan (1931), care a vorbit despre „bolnavii *așa-ziși* închipuiți". Ei nu sînt purtători ai unor suferințe *fictive* sau *sine materia*, nu sînt tot una cu istericii, nu sînt în general psihopați sau psihotici ; deseori, însă, suferințele lor au un mecanism psihosomatic. Problema fundamentală care se pune în fața unor asemenea cazuri este de a ști *ce este* organic, *ce este* funcțional și *ce este* pur subiectiv din aceste suferințe (sau *cît este* din fiecare aspect, în fiecare simptom). Afecțiunea psihosomatică se complică adesea cu o afecțiune somatopsihică (și invers) ; sau, cu alte cuvinte, întîlnim o patologie cerebroviscerală complexă. Apare greu de spus ce este suferință somatogenă cu aspect pseudonevrotic sau pseudopsihonevrotic, ce este nevroză somatogenă și ce este dezechilibru neurovegetativ. Mici organopatii sau endocrinopatii ; infecții cronice oculte ; dezechilibre ionice sau metabolice — dar și afecțiuni neurologice sau tumori maligne, se manifestă prin tabloul ***bolnavilor dificili***. Este necesar să se cerceteze eventuala prezență a spondilopatiilor, a visceroptozelor, a spasmofiliei, a denivelării tensionale ortostatice, a surmenajului, a disfuncțiilor vieții sexuale, a alergiilor. Factorul individual este hotărîtor, prin : a) sensibilitate algică ; b) structură și reactivitate neurovegetativă, endocrinohormonală și biochimică ; c) psihism. Varietatea și complexitatea cazurilor fac insuficiente diversele clasificări propuse (cum ar fi și aceea în *hipoexcitabili* și *hiperexcitabili*).

În aceeași categorie de bolnavi intră și așa-numita *patraquerie* (Burnand)* : persoanele *slabe*, bolnăvicioase ; nici lor nu le merge „niciodată prea bine, dar nici prea rău" (Roch) ; sînt stări patologice mai mult sau mai puțin stabilizate, devenite aproape constituționale, apiretice, de origine de obicei bacilară.



Pacientul *care dorește să fie bolnav* poate fi un simulant, un om de rea credință, ori un om care-și întreține boala sau chiar și-o provoacă (conștient). Pentru acest grup de pacienți, s-au propus mai multe etichete : *patomimie* (Dieulafoy-Bourget), *sindrom Münchhausen* (Asher), *boala Lucy* (după un poem de Wordsworth), *syndrome of hospital addiction* (Bagan) ; *peregrinating problem patiente* (Chapman).

Probleme de igienă psihică în medicina generală

Igiena psihică (și morală) privește nu numai profilaxia bolilor mentale, dar și profilaxia bolilor somatice, deoarece interacțiunea psihosomatică este complexă și multilaterală. Există cauze psihice — dar și cauze

* *Patraque* este o mașină care funcționează defectuos.

somatice ale bolilor psihice, după cum există cauze somatice — dar şi cauze psihice ale bolilor somatice. De la caz la caz, trebuie stabilit bilanţul etiologic şi *patogenic*, renunţînd la alternativa „*sau* psihic, *sau* somatic" (Kehrer).

Există *sindroame* care leagă organic tulburările psihice de cele fizice, cu nume diverse : sindromul general de adaptare (Selye), sindromul dezintegrării structurilor, tipul de relaţie exogenă acută, psihosindromul organic şi sindromul de tulburare circumscrisă (Bash). C. Murphy vorbeşte despre trei mari căi pe care se poate ajunge la boală : *conflictul, frustraţia* şi *dezorganizarea*. În toate aceste situaţii, găsim o creştere de tensiune care depăşeşte limitele de toleranţă ale individului. Despre conflict, „cauză universală a bolilor mentale", au vorbit N. Mărgineanu şi R. S. Lazarus. Primul, deosebeşte conflicte : *psihologice, biologice* (legate de „interferenţa între suflet şi corp" şi mai ales de perturbări somatice), *psihosociale* şi de *evoluţie*. Reducerea tensiunilor se poate face prin agresiune, resemnare, autoînşelare şi prin *deplasarea* agresiunii : deplasarea întîmplătoare sau simbolică. După A. R. Luria (1932), cu cît nivelul la care apare conflictul este mai înalt, cu atît este mai mare şi şansa de a găsi o soluţie. O „problemă" insolubilă la nivel inferior poate fi solubilă la nivel simbolic (de ex. al limbajului) — dar nivelul mai înalt (de „altitudine") este şi cel mai vulnerabil.

Nu trebuie să trecem cu vederea faptul că *sănătatea mentală* şi fizică depind de condiţii socialculturale date şi că *traumele* sînt evaluate *în raport* nu numai cu temperamentul, ci şi cu *Weltanschauung*-ul şi cultura persoanei (s-a vorbit de *sociofiziologie* şi de *psihiatrie culturală*).



Problemele *igienei mentale* sînt strîns legate de problemele de sociologie, economie, politică, organizarea muncii, dietetică ; ca ştiinţă angajată, „igiena nu este aceeaşi cînd igienistul este creştin sau cînd este marxist" (Ferrabonc). După Poter, igiena mentală are drept scop „să caute în diferitele ştiinţe" tot ce este susceptibil să conserve echilibrul stării mentale, să-l amelioreze eventual, să-l ferească de psihopatii pe cel predispus. *Igienistul* are la rîndul său o psihologie particulară : a cunoaşte, a educa, a legifera. De fapt, igiena mentală se extinde şi la profilaxia sau la combaterea toxicomaniilor (inclusiv a alcoolismului) şi a crimei ; pe de altă parte, în afară de igiena mentală a *individului*, ea cuprinde măsuri *eugenice* şi de igienă mentală a *colectivităţilor*. Orientarea şi adaptarea psihică profesională, *educaţia* — sînt modalităţi principale de lucru în ultimul sector. Relaţiile dintre educaţie şi terapie au fost cercetate la noi de Sen Alexandru (1978).

Un principiu de bază al igienii mentale trebuie să fie recunoaşterea faptului că „forţa plastică a sufletului acţionează ca un factor *natural*, care participă atît la crearea *formei*, ca şi la desfăşurarea ulterioară a *proceselor* organice... Ea poate să le facă să devieze spre boală, dar să le şi îndrepte într-o direcţie mai favorabilă" (Paul Schilder). Sau — mai categoric — se afirmă că „omul este în stare să-şi modeleze procesele morbide" (L.v. Krehl).

O mare însemnătate o are igiena mentală a *vîrstelor*. Ea trebuie începută încă „intrauterin" (deoarece afecțiunile sarcinei, distoniile, traumatismele obstetricale — dar și starea nervoasă a mamei sau factorii nocivi de mediu, influențează fătul). Se spune despre Smiles că a răspuns mamei unui copil de un an, care venise să-i ceară sfaturi pedagogice, că a sosit *prea tîrziu cu un an*. Goethe scria că este o *enormă diferență* între situația în care trupul îți este un aliat și cea în care trupul îți este un adversar. De obicei, prin „igienă mentală" se înțelege igiena mentală a *adultului* — însă rezultatele sale depind în mare măsură de antecedentele *educative. Pedagogia caracterului face parte din profilaxia tuturor felurilor de boli.* Dar igiena mentală n-are numai rol antipatogen, ci și acela „de a crește bucuria de a trăi" (J. Klaesi) și de a îmbunătăți prestația. Același Goethe scria : „urăsc tot ceea ce mă instruește fără să-mi crească activitatea sau fără să mă însuflețească".

Nu sînt perimate *considerentele morale* în igiena mentală, chiar dacă azi nu mai admitem în general etiologia „etică" a unor boli. Nu este vorba numai de efectele „remușcărilor" (asupra cărora a insistat din nou, în ultimele decenii, H. Baruk), ci de efectele unei vieți ce decurge fără frînă morală și chiar fără autocontrol. Poate că s-a pus un accent exagerat pe latura *afectivă* în psihogeneză (boli *timogene)* — cînd efectele patogene pot ține și de *voință* și chiar de *inteligență* (boli „bulogene" și „idiogene"). Încă Ioan Hrisostomul atrăgea atenția asupra relației dintre lăcomie și obezitate : „corpul reclamă alimente și nu delicii".

În problema igienei mentale, esențiale sînt (conform concepției expusă de J. Rofé) :

1) păstrarea și fortificarea sănătății fizice *(mens sana in corpore sano)*, inclusiv prin sport, metode de gimnastică respiratorie, metoda Hatha-Yoga, cu educarea stăpînirii de sine ;

2) exersarea funcțiilor sufletești (îndeosebi a memoriei și a atenției, inclusiv prin metode de tip Karma-Yoga) ;

3) existența unui „scop al vieții întregi" (Marc Aureliu). S-ar putea spune că *omul ideal* este omul cu un *ideal* (înalt). Numai un ideal puternic poate corecta întreruperile, abaterile, dezantrenările ;

4) activitatea cu intercalarea unor destinderi, după un ritm adecvat ; lărgirea orizontului și un antrenament la „acțiunea adevărurilor incomode... *Logicul* trebuie să triumfe asupra *psihologicului* și sîntem cu atît mai normali cu cît reușim (mai bine) în acest efort" ;

5) menținerea *egalității cu sine*, atît prin evitarea unor factori perturbanți, cît și prin exercițiul progresiv al rezistenței. „Efortul către normalitate" întîlnește, în fiecare zi, obstacole și încercări.

Pe scurt, s-ar putea spune că avem la dispoziție metodele *asanării mediului*, ale „dieteticii sufletului" (Feuchtersleben) și ale *antrenamentului*. Ele se integrează într-o *medicină formativă* (Al. Partheniu) sau într-o *psihosomatică autoformativă*.

Încheiem cu cîteva observații :

1. Igiena nu trebuie confundată cu o știință a cruțării forțelor cu orice preț, ca o știință a comodității și a păstrării sănătății ca bun suprem. Igiena nu este o anexă tehnică a egoismului și a instinctului de conservare. Sănătatea nu este numai o valoare *în sine ;* este mai curînd o va-

loare *prealabilă*, o premisă pentru realizări care să se înscrie în afara individului, pe plan social. Igiena nu trebuie confundată nici cu o știință a păstrării, a stabilizării echilibrului fizic și sufletesc, considerat ca stare optimă a vieții. Viața este progres, evoluție — iar rămînerea pe loc, chiar într-o stare de echilibru satisfăcător și plin de satisfacții, este *mai puțin* decît sănătate mentală. S-ar putea spune că motorul progresului uman este frămîntarea. Omul se judecă după productivitate, creativitate, capacitate de evoluție — și nu după rotunjirea formelor sale sau după gradul de veselie. De aceea, igiena sufletească nu este numai protecție, ci și antrenament ; nu este numai *dietetică a sufletului,* ci și angajarea în aventuri nobile ale minții ; nu este numai abilitatea de a evita primejdiile, ci și eroism cotidian. Unii autori au considerat că unele nevroze pot apărea din cauză că activități de *luptă* și de *înfruntare a primejdiilor* nu mai solicită „omul progresiv domesticit" (H. Schulze).

2. Igiena mentală (psihică și spirituală), profilaxia mentală și morală — nu pot neglija aspectele variate ale vieții sociale, culturale și politice. Un mare număr de indivizi instabili, antisociali, dezorientați, perverși — își desfășoară activitatea în societate, „infectînd" victime printr-un proces de veritabilă „contagiune morală". A. Carrel se întreba „pentru ce se izolează oamenii atinși de boli infecțioase și nu acei care comunică altora bolile lor intelectuale și morale. Pentru ce obișnuințele care provoacă afecțiunile organice sînt considerate ca periculoase — și nu acelea care produc corupție, criminalitate, nebunie ?". O atenție specială o merită *prestațiile artistice* cu efecte perturbante și degradante. Operele literare sau cinematografice care etalează vicii au mai curînd o acțiune *antieducativă* decît o acțiune de „imunizare la rău".

Evident, omenirea ar fi cîștigat enorm dacă unii uzurpatori ai puterii politice (de ex. A. Hitler), dacă unii fanatici rătăciți, ar fi fost prezentați contemporanilor lor ca anormali psihici, psihopați sau chiar ca *veritabili alienați.*

3. După cum spunea Taine, „nebunia" nu este un imperiu distinct și separat : „viața noastră ordinară se învecinează cu ea și cu toții intrăm într-însa printr-o oarecare porțiune din noi. Nu se pune problema de a fugi de ea, ci numai de a nu cădea în ea decît — pe jumătate". Acest precept este cu atît mai prețios astăzi, cînd omenirea pare a se fi dezvoltat mai rapid pe plan intelectual și tehnic decît pe plan moral și cînd condițiile nervoase și sufletești ale vieții civilizate urbane predispun la dezechilibru.

4. Bolile mentale bine caracterizate sînt relativ frecvente. Unul din zece americani are nevoie, la un moment dat al vieții, de asistența psihiatrică, iar bugetul S.U.A. prevedea, la un moment dat, pentru îngrijirea bolnavilor mentali, o sumă comparabilă cu cea folosită pentru navigația cosmică ! Dar în afară de cei bolnavi, există marea categorie a celor care, din cauze ce rezidă în structura și în reactivitatea lor mentală, nu depun o prestație socială optimă, nu se bucură de viață, *constituie un izvor de nefericire pentru ambianța lor imediată.* Igiena mentală are în vedere tocmai de aceea și ameliorarea condiției umane, înțeleasă în aspectele sale caracteristice omenești.

Personalitate și boală

Psihologia bolnavului ca reacție la boală

Vorbind despre *persoană* și *personalitate,* am subliniat ideea că una dintre trăsăturile care deosebesc *persoana* de simplul *lucru* este o anumită modalitate a *reacțiilor* sale. Ideea de reacție (reacțiune) a fost introdusă în știință pentru a fi opusă ideii de spontaneitate. Reacție nu înseamnă „tendință la opoziție" față de influențele externe. Asemenea tendințe se întîlnesc însă în anumite sisteme. S-a remarcat faptul că în anumite sisteme nevii, există *reacții fugitive,* care fac ca acțiunea perturbantă exterioară să-și piardă din eficacitate : o expresie a acestor reacții este (după L. Jendrassik) cunoscutul principiu al lui Le Chatelier. În sistemele cu reglare automată, *reacțiile* de tip cibernetic asigură : fie echilibrul, prin anularea efectului perturbațiilor și revenirea la *statu quo ante* (în *homeostate*), fie continuarea executării unui program, cu toate că survin perturbații (în *servomecanisme*). În organismele vii, s-a dezvoltat nu numai reglarea homeostatică, ci și *secluziunea* (E. Racoviță), adică apărarea prin *izolare* (cochilii, blană etc.). Reacțiile fugitive s-au transformat în „reacții de fugă". Sistemul viu este un sistem homeostatic, dar și un sistem în evoluție ; aspectul de evoluție pe plan psihologic (intelectual, moral, spiritual) după încetarea creșterii (ontogenetice, somatice) este caracteristic omului. Conceptul de evoluție este mai important pentru o medicină antropologică, decît conceptul de homeostazie : după cum s-a spus, este necesar să și-l subordoneze. *Starea de sănătate* este aceea care permite libera desfășurare a evoluției ; stagnarea (care nu e tot una cu repausul, cu contemplația etc.) este ea însăși o stare morbidă. O adaptare reușită *nu* este aceea care asigură supraviețuirea sau buna funcționare a organelor — ci aceea care nu stînjenește evoluția, desfășurarea persoanei, „supervietuirea" (după expresia lui Teilhard de Chardin).

Figurativ, interacțiunea organism-mediu poate fi asemănată și cu un dialog, fiind vorba atunci de *întrebare* ori *solicitare* și *răspuns.* Un răspuns poate fi o *ripostă,* atunci cînd răspunsul înseamnă *combaterea* argumentelor. Despre ripostă vorbim, de asemenea, în *luptă.* Reamintim toate aceste noțiuni pentru a reactualiza, în capitolul de față, distincția făcută de

D. Danielopolu pe plan fiziologic, între *reacție, răspuns,* și *ripostă.* Sens de echilibrare, înlăturare, anihilare a influențelor mediului au numai *ripostele* elementului viu (sens teleonomic, după terminologia lui Pittendrigh, sau *bionomic,* după cea a lui K. Rothschuh). Reacția este, de exemplu, contracția mușchiului la excitarea nervului motor ; *ripostă* este tremorul muscular la frig. N. Botnariuc folosește termenul de „reacție adecvată" pentru riposta cu rol util (de apărare, de echilibrare, de homeostazie etc.).

În literatura fiziologică și psihopatologică, termenul de *reacție* este folosit indistinct pentru toate răspunsurile, reacțiile și ripostele sistemelor, atît pentru cele alospecifice, cît și pentru idiospecifice. Printr-o curioasă evoluție semantică, prin *reacție* se înțelege efectul în care este implicată activitatea, originalitatea și chiar spontaneitatea sistemelor vii. Două sensuri sînt subînțelese mai frecvent : a) cel de idiospecificitate ; b) cel de tendință defensivă — care poate fi și (în psihopatologie) : echilibrare, ripostă sau „fugă", secluziune sau compensare etc.

Aspectul *productiv* eventual adecvat al „reacției" bolnavului a fost subliniat cu claritate, mai întîi de către A. Binet și Simon (1910), într-un memoriu care n-a avut ecou. Acești autori se străduiau să izoleze elementele caracteristice, esențiale (de exemplu, în isterie-sugestibilitatea), de modul în care *personalitatea* se „comportă" față de simptomele specifice. Există deci factori reacționali (care nu sînt, întotdeauna, factori de ripostă) ; se poate vorbi despre „primirea" *(accueil)* de care se bucură manifestarea morbidă din partea personalității, de *atitudini,* de reacții *sănătoase* ori *morbide* la simptomele morbide. Dar în generația următoare, psihiatria (și nu numai psihiatria) de inspirație psihanalitică a făcut uz larg de noțiunea de reacție, de „apărările" *ego-ului,* de rolul persoanei în sistematizarea, organizarea și interpretarea *morbidă* a unor simptome (eventual somatogene). Pe această linie, s-a mers la exagerări ingenioase, dar și la observații de mare finețe. Bolnavul mental poate încerca să „raționalizeze" (să găsească *explicații* raționale) pentru ceea ce irupe din inconștient sau pentru o halucinație somatogenă — și astfel alunecă în fantastic și în delir. De fapt, *reacția* bolnavului față de simptomul îngrijorător este mult mai largă decît o brodare *explicativă* de fantasmagorii (de exemplu, se crede *important* pentru că se simte *persecutat*).

Meritul lui Binet și Simon este de a fi deosebit, în acest sector, simptomele de *deficit* de cele de *reacție* (care atestă deci *vitalitatea,* o „bionomie" și „psihonomie", intacte și operante). Pe plan fiziopatologic, distincția întîlnește pe cea datorită lui I. P. Pavlov — care a insistat asupra organizării, de către sistemul nervos, a apărării organismului (simptome „reacționale", în acest sens fiind, de pildă, tusea, strănutul, diareea).

O idee asemănătoare domină doctrina homeopatică și doctrinele „naturaliste" *(Naturaheilkunde)*: ultimele văd în toate simptomele bolii expresii ale lui *vis medicatrix naturae,* care se cer respectate. De menționat că nu întotdeauna sistemul nervos *avantajează* sănătatea somatică (există reflexe condiționate patologice, boli corticoviscerale, sindroame de iritație) și că rolul pe care-l joacă viața psihică pur-și-simplu pentru

Viață, nu este totdeauna avantajos*.) Acolo unde mijloacele „mediului interior“ (sau ale automatismelor reglatoare) dau greș, este nevoie de intervenția „mediului exterior“ (ca inginer al „biotehnicii“ și al „psihotehniei“ umane). Aceste distincții nu coincid cu cel al liniei de gîndire H. Jackson — H. Ey (deficit-liberare), nici cu cel al liniei de gîndire a lui G. Roussy și M. Mosinger (care deosebeau fenomene de dezintegrare și fenomene „corelative“, adică neuroergonale).

Unitate și varietate a reacțiilor

Să examinăm cîteva din *reacțiile persoanei* la fenomenul boală, reacții care se petrec în „domeniul“ psihologic sau psihosocial.

Constatarea și *recunoașterea* bolii sînt situațiile „realiste“, care reprezintă premisa unui tratament eficace și „rațional“ (în dublul sens) : a) al aplicării mijloacelor ce au întemeiere rațională, științifică, și b) al evitării apelului la mijloace inadecvate (superstiție, magie etc.). Aceste situații (care presupun luciditate, conștiință și o doză de eroism) nu sînt singurele pe care le întîlnim, chiar atunci cînd bolnavul este „conștient“ din punct de vedere neurologic, „normal“ din punct de vedere psihiatric și „competent“ din punctul de vedere al cunoștințelor.

Ignorarea stării de boală poate proveni din lipsa simptomelor, din desconsiderarea lor, din ignoranța culturală, etc. În rare cazuri, *anosognozia* la exteriorizări evidente ale bolii (ex. paralizia unui membru) ține de deficite neurologice în integrarea informațiilor senzoriale și memoriale, cu perturbări în formarea imaginii propriului corp. În aceste ultime cazuri, nu putem vorbi însă de reacție a persoanei față de boală.

Negarea stării de boală este însă o reacție a Eului. În bolile grave, cu prognostic infaust, cum este cancerul, mecanisme subconștiente împiedică bolnavii să facă sinteza mentală a simptomelor și a cunoștințelor, ceea ce duce la neglijență (uneori fatală) în ceea ce privește luarea măsurilor care se impun. Această „ascundere față de sine“ se poate manifesta, pe planul comportării, prin acte de *bravadă*, bolnavul expunîndu-se fără rost la situații riscante din punctul de vedere al sănătății, pentru a-și dovedi sieși și a dovedi altora că nu este bolnav sau că este *rezistent*. Dar ea se poate manifesta și printr-o lunecare pe panta culegerii avide a satisfacțiilor cotidiene, printr-o viață trăită cît mai intens sub semnul lui *carpe diem*. *Simularea sănătății*, față de sine și față de alții, are o evidentă amprentă axiologică : în momentele în care pierderea sănătății este un fapt consumat, bolnavul începe să acorde sănătății aprecieri maximale, considerînd-o drept valoare *supremă* a vieții (cînd, de fapt, ea nu este decît o valoare *prealabilă*, o premisă pentru realizarea, pentru dobîndirea sau pentru aprecierea altor valori). Prin însuși faptul că este bolnav, pacientul se simte depreciat în raport cu lumea sănătoasă (sau aparent sănătoasă). „Masca“ sănătății poate fi purtată cu multă naturalețe — sau poate da — de la prima vedere — impresia de forțat, de artificial. Prin

* Recent, Ecaterina Semen-Negrea a constatat, pe material abundent, că tumorile canceroase nu se dezvoltă la persoane cu deficit mental sau cu o viață psihică simplă.

simetrie cu „fuga în boală“ a multor nevrotici, se poate vorbi și de „fuga în sănătate“ a unor caractere puternice, active, productive. În simularea *dramatică* a sănătății schițată mai sus, se găsește altceva decît în minciuna interesată, ori cîte implicații dramatice ar avea o comportare calculată (de exemplu minciuna celui care are nevoie de un certificat de sănătate pentru a fi angajat într-o muncă, pentru a se căsători etc.).

M. Minkowski (între alții) a descris o formă particulară a *negării* bolii, accidentelor etc., chiar în prezența unor semne și simptome evidente : negarea *verbală,* ca răspuns la *întrebări* — ținînd de elemente de viziune *magică* la pacient. Într-adevăr, în cadrul viziunii magice, *cuvîntul* este atotputernic ; se crede că prin cuvînt se poate naște sau se poate șterge o realitate dezavantajoasă. Nu se poate trece însă cu vederea faptul că o *negație verbală* repetată acționează prin mecanisme de autosugestie, cel puțin asupra reflexului subiectiv al stării generale, principiu care stă la baza metodei psihoterapeutice a lui E. Coué. A repeta cu voce tare de zeci de ori în fiecare zi : „din toate punctele de vedere îmi merge din ce în ce mai bine“ nu este o formă de autoînșelare, ci un act care se poate însera în dinamica psihosomatică a bolnavului. Nu spunea Pavlov că în cuvînt găsim un „excitant fiziologic real“ ? Prin aceasta el voia să sublinieze că un *cuvînt* poate influența *funcția viscerelor.* Dar cuvîntul nu acționează *numai* ca excitant *fiziologic* — el este un purtător complex de informație complexă.

Presupunînd că pacientul și-a recunoscut starea de boală, el poate fi diferențiat după *atitudinea* pe care o va lua față de suferința legată de boală, față de boală, față de propriul trup etc. Atitudinea presupune grade (care pot fi foarte variabile !) de distanțare. Aceeași atitudine aparentă poate avea motivații și „structuri“ diferite. Ca exemplu, *indiferentismul* poate ține de o mare distanțare observațională, raționalizatoare față de tine însuți, sau de o viziune pesimistă, depreciatoare, asupra lumii ori asupra propriei vieți. Atitudinile *deferente,* pozitive și negative, depind în mare măsură de narcisism și de ceea ce s-a numit (impropriu) „instinct de conservare“ ; dar în ele se amestecă și reacții *secundare* ale personalității, legate de sentimentele de culpabilitate, ca și reacții *terțiare,* cu determinism cultural, cu rădăcini în concepția despre lume și viață *(Weltanschauung),* în orizontul spiritual etc. Nu este lipsit de interes să deosebim, în aceeași ordine de idei, două *tipuri* de atitudini (Häberlin) :

a) aceea care s-ar putea numi *naivă* și care, sub aspect negativ, cuprinde neliniștea, grija, solicitarea, dezamăgirea — dar care poate cuprinde speranța, liniștea, bucuria, norocul, fantezia ;

b) aceea care s-ar putea numi *problematizantă* — și în care intervin judecăți de valoare, raportări la coordonatele existențiale și căutări de sens ori semnificații. Pentru G. Marcel, omul care-și merită numele de om este *l'homme problématique.*

„Omul care problematizează“ nu va vedea, în boală, numai un accident sau incident al substratului său biologic, ci va căuta în ea o semnificație mai generală : fie o semnificație privind *propriul său destin,* fie o semnificație „revelatoare“ pentru structura și dinamismul universului. Este boala numai o „întîmplare“, un nenoroc ? Sau *nimic nu este întîmplător, înscriindu-se* pe o linie de *evenimente inevitabile,* ce alcătuiesc o structură coerentă (și nu haotică) ? In *Weltanschuung*-ul mecanicist clasic, exprimat

„în mod clasic" de către Laplace, fiecare „întîmplare" omenească își are „locul" în desfășurarea lumii, așa cum un „loc" anumit și-l are și o mișcare planetară. V. Conta, adoptînd o asemenea viziune asupra lumii, a etichetat această teorie materialistă ca fiind o „teorie a fatalismului". Dar fatalitatea poate fi privită și întraltfel. Răspunsurile omenești la experiența nenorocirii se situează — după părerea unor etnografi — pe un continuum între doi poli, exprimați respectiv de către legenda biblicului Iov și de către mitul lui Oedip (M. Fortes, 1959). „Principiul oedipal" poate fi rezumat în noțiunea de soartă sau destin, Oedip fiind victima unor influențe inscrutabile. Principiul lui Iov este cel al „justiției supranaturale", personajul fiind legat *contractual* cu o Persoană Supranaturală. *Omenesc* este însă modul de a *reacționa* față de boală, implicînd ambianța umană imediată. Mecanisme subconștiente duc la căutarea *cauzei* bolilor, mai întîi sub forma unui *vinovat,* unui personaj uman. De la ideea vrăjitoriei (acțiune premeditată !), căreia bolnavul i-a căzut victimă, pînă la ideea subtilă a rolului involuntar pe care-l are o persoană apropiată în psihogenie, se întîlnesc variante multiple ale acestei tendințe de *personificare* a agentului patogen. Un mecanism înrudit este cel prin care se caută un „țap ispășitor". Pentru că în fața situațiilor dificile, *unele* persoane suferă o regresiune spre modalități infantile (sau, în general, primitive) de interpretare și de conduită, această *personificare* poate primi și semnificația unei regresiuni. Iruperea „mentalității magice" poate îmbrăca forme cunoscute în psihiatrie : în ordinea de idei care ne interesează, o însemnătate reală o are „lărgirea cîmpului semnificațiilor" evenimentelor, obiectelor și persoanelor din jur, care sînt întrevăzute din ce în ce mai mult sub aspect *malefic* (aducător de nenorociri). Pe această linie, mecanismele psihice (de astă dată ele înșile *morbide*) pot ajunge la un delir sistematizat. Pentru un paranoic, realitatea nu mai este împletire de necesitate și de hazard, de intenționat și de fortuit, de semnificativ și de contingent : orice detaliu întărește bănuiala, *ansamblul* mecanismelor universale este orientat malefic către persoana bolnavului. Universul „magic" este rău *intenționat.* (Această interpretare diferă de cea „mistică", unde intenția este atribuită lui Dumnezeu).

Situația morbidă este, în orice caz, raportată explicit sau mai puțin explicit la cîteva *coordonate* fundamentale. Una este legată de voința de afirmare și putere — pe planul tendințelor (A. Adler), de voința de valoare — pe plan spiritual (E. Sperantia). În termeni uzuali, vorbim de *complexe de inferioritate.* Starea aceasta poate genera conduite de *agresivitate.* O altă coordonată este legată de sentimentele de culpabilitate, care (la unele persoane) sînt sentimentele cel mai ușor de suscitat. Există, corelativ, tendințe autopunitive (prin mecanismul proiecției — și acestea pot ajunge, uneori, la agresivitate). Atitudinea contrară se învecinează însă cu cinismul. Sentimentul de *deprimare* a fost interpretat, din punct de vedere psihodinamic : a) în lumina polarității autopedepsire-cinism (Hesnard) ; b) în lumina polarității inferioritate-agresivitate (Adler) ; c) în raport cu speranța și cu „timpul trăit" (E. Minkowski).

Se înțelege cît de complicată este descifrarea atitudinii bolnavului față de medic ; medicul face parte atît din ambianță, cît și din mijloacele virtuale de combatere a bolii sau de apărare a eului față de boală. „Reacțiile" bolnavului se pot repercuta asupra medicului care poate deveni obiect

preferențial de proiecție (eventual „țap ispășitor"). Tendințele de *depreciere* a eforturilor sau a cunoștințelor sale sînt eventualități de care trebuie să se țină seama întotdeauna.

Atitudinea bolnavului se concretizează în *decizii* cu privire la comportare, tratament etc. Următoarele variante sînt dintre cele mai întîlnite.

1. Atitudinea activă, combativă, de luptă cu boala. Bolnavii care au această combativitate și-o pot exercita „direct" sau prin mijlocirea personalului medical, cărora li se „abandonează". Bolnavii aceștia sînt bolnavi „buni", ascultători, grijulii, care colaborează cu medicul.

2. Pentru mentalitatea noastră europeană din secolul electronicii, ideea că sănătatea este un bun de mare preț, iar boala este o situație în general negativă, reprezintă aproape o axiomă. În mentalitatea primitivă, totuși, există (sau mai persistă) și credința după care boala trebuie respectată, *izgonirea* ei putînd atrage rele încă mai mari din partea forțelor care au „trimis-o". Se ajunge astfel la situația paradoxală în care bolnavul vindecat cere despăgubiri medicului (Lévy-Brühl).

3. Indiferentismul în fața bolii poate avea o motivație *religioasă*. Legenda biblică a lui Iov include nu numai raportul „interpersonal" bolnav-creator, ci și încrederea absolută în actele creatorului, în „rațiunea sa superioară", chiar atunci cînd ea este neinteligibilă pentru creatură. Acel „Domnul a dat, Domnul a luat, fie numele Domnului binecuvîntat" exprimă o anumită modalitate de *resemnare*. Una dintre „rațiunile superioare" poate fi sacrificarea individului pentru un interes suprapersonal (această teză este întîlnită și în filozofia laică). Alta este tocmai *punerea la încercare* a persoanei umane — iar acest moment se găsește de asemenea implicat în legenda lui Iov.

4. Resemnarea în situația bolii incurabile sau a infirmității este o restructurare a personalității cu semnificație adaptivă. Combativitatea poate fi alimentată prin *revoltă ;* dar o revoltă incapabilă de a dinamiza o acțiune pozitivă, în vederea vindecării, nu are sens.

5. Complacerea în situația de boală este altceva decît resemnare. Motivația poate fi diversă : de la „fuga în boală", care aduce unele avantaje materiale, sociale sau sufletești, pînă la intențiile autopunitive sau narcisismul ambivalent (dragostea pentru tine, dezamăgită, se transformă *parțial* în ură).

6. B. Pascal a conceput o rugăciune pentru „buna folosire a bolii". *Le bon usage de la maladie* nu este un simplu mod de a vorbi. Boala nu trebuie privită ca un rău absolut, ca un rău „pur". Ea poate aduce avantaje de ordin psihologic, spiritual, material, social. Aceasta nu înseamnă că *bilanțul* bolii este de *obicei* pozitiv, ci numai că „fiecare rău poate avea partea sa de bine". Rolul bolii în biografia *psihică* a individului trebuie cercetat cu atenție, în fiecare caz în parte. Ideea că boala „ar putea fi folosită" constituie un element important în fiecare act psihoterapeutic (A. Mauriac).

7. Boala este, oricum, o *experiență de cunoaștere,* permițînd între altele : deschiderea unor ferestre către lumea suferinței ; autocunoașterea (revelarea ființei autentice în „situații-limite") ; contactul cu profesiunea medicală, cu și fără măști ; aprecieri asupra valorii practice, concrete a medicinii etc. Aceste îmbogățiri pe linie de informație nu trebuie consi-

derate ca *epuizînd* drama psihologică și spirituală generată de trăirea bolii. Întrebările filozofice generate de această trăire sînt alt act al dramei ; o parte din acestea au coloratură etică.

8. Boala impune o *reorganizare a vieții*, temporară sau definitivă („cotitură"). „Cotitura" poate fi determinată nu numai de sechele indelebile, de infirmități, ci și de *experiența psihologică* a bolii, care — scoțînd persoana din stereotipul vieții cotidiene, confruntînd-o cu o „situație limită", o obligă la reconsiderarea scării de valori și a oamenilor din ambianța imediată.

Aceste „reacții" legate de atitudine sînt numai o parte din concomitențele și urmările psihologice ale unei boli. Simptomatologia psihică alospecifică aparținînd cadrului nosologic respectiv, de obicei de ordin deficitar, se datorează atingerii substratului nervos (infrastructurii nervoase) ; ea poate fi însoțită de reacții *secundare*, compensatoare sau nu. Tot din categoria perturbărilor face parte ceea ce reprezentanții psihologiei dinamice numesc *slăbirea ego*-ului, a acelei instanțe care ține echilibrul dintre conștient și inconștient și — totodată — echilibrul dintre *super-ego* și *Id*. Slăbirea *ego*-ului poate tulbura atît viața pulsională, cît și viața spirituală. Slăbirea *ego*-ului este un efect nespecific, putînd apărea în urma traumelor și dramelor psihice, în urma epuizării nervoase (prin oboseală, surmenaj, tensiune cronică), în urma atingerilor toxice sau toxiinfecțioase neurotrope, ca repercusiune a bolilor somatice etc. Slăbirea *ego*-ului poate reactualiza un conflict, deci efectele de durată sînt idiospecifice. Ca „efecte" tardive ale bolii pot fi considerate și unele regresiuni sau involuții, care duc la degradarea sau la deprecierea mecanismelor psihice („subducțiuni"). Cînd efectele nu afectează mecanisme izolate ale vieții neuropsihice ci ansambluri structurate și fondul mental, putem vorbi de o *restructurare* a persoanei.

Poate că este util să deosebim, în cadrul consecințelor psihice ale unei boli, și anumite *ecouri*, „răsunete", evident idiospecifice, care sînt fie reacții temperamentale, fie rememorări (actualizări mnezice) ale unor situații asemănătoare, trăite sau văzute în trecut. Ele pot complica problemele terapeutice și cer un supliment psihoterapic adecvat.

Boala și biografia psihică a persoanei

Să revenim la problema *bolii în raport cu biografia psihică a individului*.

Este incontestabil faptul că numeroase boli apar ca „fruct" al unor predispoziții endogene, legătura dintre boală și temperament fiind mai mult decît aceea dintre „teren" și o sămînță care a încolțit și s-a dezvoltat pe acel teren ; între temperament și boală există atunci identitate de „natură" și legătură inteligibilă, comprehensibilă. Criza epileptică „crește" în acest fel pe constituția epileptoidă, schizofrenia — de asemenea, pe constituția leptosom-schizotimă, psihoza maniacodepresivă pe constituția picnic-ciclotimă. O interpretare eronată a biotipologiilor moderne de inspirație psihiatrică (printre care cea mai cunoscută a fost aceea a lui E. Kretschmer) a dus la criticarea lor pe motivul că starea de sănătate ar

fi privită ca un sindrom psihiatric atenuat. În realitate intenția autorilor acestor biotipologii a fost de a considera unele boli psihiatrice drept variante extreme umane într-o scară continuă.

Legătura „inteligibilă" poate fi întîlnită și în alte cazuri, studiate mai ales de A. Adler : „defecte" mici sau mari, fizice (somatice) sau psihice, recunoscute de persoană, antrenează reacții de compensare și de supracompensare. Bolnavul — sau infirmul — își învinge „complexele de inferioritate" devenind un *om superior*. Acest fapt are repercusiuni nu numai asupra performanțelor somatice sau psihice, ci și asupra liniei de destin (alegerea profesiunii, participarea la anumite evenimente etc.).

Psihanaliza ortodoxă (S. Freud și alții) a atras atenția asupra însemnătății traumelor psihice ale copilăriei, pentru dezvoltarea nevrozelor și a perversiunilor *de mai tîrziu*. După cum am menționat, medicina psihosomatică a extins schema aceasta de interpretare și asupra unor boli viscerale, înțelese ca nevroze somatizate.

Pe noi ne interesează însă mai mult repercusiunile bolilor asupra biografiei ulterioare a individului, considerînd viața sa psihică și spirituală ca o verigă intermediară în această repercusiune. Există boli care n-au decît valoarea de accident sau incident, dar există și boli care sînt momente cruciale (de răscruce) în viața individului. Cotiturile realizate pot fi „din cauza bolii" sau „cu ajutorul bolii". Boala, limitînd libertatea și obturînd uneori definitiv anumite canale de manifestare ale persoanei, *obligă* la o restructurare a vieții exterioare și interioare, a proiectelor de viitor, a aspirațiilor. Exemple semnificative de adaptare a existenței la boală găsim în biografia marelui biolog Ch. Darwin și a psihiatrului și filozofului german contemporan K. Jaspers, a compozitorului maghiar Kalman etc.



Boala și suferința obligă la *interiorizare*. Acest efect poate fi productiv pe linie personală, dar și pe linie culturală sau și politică (în ultimul sens sînt instructive mărturisirile lui F. D. Roosvelt, care toată viața a fost paralizat în urma unei poliomielite contractată la tinerețe).

Boala și suferința pot fi însă și o ocazie de a părăsi planul superficial al aparențelor, pentru a *adînci* problemele existenței. Această ocazie a fructificat în lungul multor milenii spiritualitatea omenească, de la Budha pînă la O. Wilde *(De profundis)*.

În cadrul de față, nu ne putem opri asupra valorii creative a bolii *pentru cultură ;* în capitolul de față ne interesează în primul rînd rolul ei creator pentru *personalitate*.

„Buna folosire a bolii" se poate manifesta pur și simplu prin *clipele* de răgaz pe care le oferă bolnavului, scos din ritmul trepidant al vieții zilnice. În jurnalul lui Stendhal, se găsesc astfel de observații. Numeroși tuberculoși și-au putut completa cultura prin lecturile efectuate în timpul curelor sanatoriale. Claude Bernard — experimentator harnic pînă la surmenaj — a scris celebra sa *Introducere în studiul medicinii experimentale* în timpul convalescenței după o enterită coleriformă, convalescență pe care și-a petrecut-o departe de Paris, la via sa din provincie.

„Buna folosire" a bolii nu este la îndemîna fiecăruia, ea presupune un anumit nivel de evoluție spirituală. „Buna folosire" în interesul culturii presupune genialitate. Firile „slabe de îngeri" se cufundă în suferință, în agitație și în anxietate. Modul în care boala transformă personalitatea acestora este, în general, regretabil : o „rea folosire" a bolii. Desigur, ar fi exagerat să punem accentul pe aspectele *pozitive* ale unor boli. Dar evidențierea acestei eventualități — în cadrul psihoterapiei uzuale — poate împiedica deformarea în sens nedorit a caracterului prin boală.

Cel care a dezvoltat literar teza după care boala și proximitatea morții este o inegalabilă școală a personalității — a fost Th. Mann *(Muntele vrăjit)*. Și pe plan fizic (somatic) există un *bon usage* al bolilor. Folosirea malarioterapiei în paralizia generală progresivă, a terapiei convulsivante în psihoze — sînt numai două exemple. Ideea de a trata o boală prin provocarea uneia suplimentare a fost ironizată de G. Papini în al său *Gog*.

Despre semnificația detaliilor corporale

La copil, corpul începe prin a fi un puternic *centru de canalizare*. Copilul nou-născut găsește satisfacții în funcționarea organelor. G. Murphy vorbește despre „pulsiuni senzoriale" satisfăcute prin privire, ascultare, pipăire ; există nevoia de a schimba forma și direcția mișcărilor etc. Copilul este preocupat în mod manifest cu propriul corp în primele luni și chiar în primii ani. Se poate vorbi de o ancorare *afectivă* în existența sa fizică (somatică). Corpul este — pentru copil — o prezență continuă și obiectul cel mai interesant, mai important și (probabil) cel mai îndrăgit. După unii autori, percepția propriei persoane și percepția celorlalți se dezvoltă împreună. Printre „ceilalți" rolul cel mai însemnat îl are, firește, mama. „Sentimentul" pe care embrionul îl îndreaptă (?) exclusiv spre eul său somatic, sugarul îl împarte între sine și mamă.

Un interes intens (sau o „afecțiune" deosebită) pentru o parte *particulară* a corpului (producînd de asemenea o fixație în sensul psihanalitic) poate perturba „viziunea" asupra corpului — luat ca întreg. Dacă partea este socialmente inacceptabilă (ca în cazul nasului lui Cyrano de Bergerac), sau inacceptabilă din alte puncte de vedere, ea devine centrul unei preocupări neurotice de autoconștiință. Unii bolnavi se devotează sau se identifică cu o parte a corpului lor (Horowitz a descris un pacient identificat cu mîna sa dreaptă și străduindu-se să o așeze în situații favorabile). Indivizii centrați pe „oralitate" își exprimă orientarea prin vorbire, fumat, cîntat, mîncat, băut etc.



În această ordine de idei, trebuie să subliniem că organele, țesuturile, umorile au, pentru fiecare conștiință sănătoasă și morbidă — și o *altă* valoare decît aceea care le este atribuită de către tratatele de fiziologie. Gîndirea simbolică, gîndirea magică, gîndirea spiritualistă, gîndirea „metaforică" — furnizează în fiecare cultură imagini de circulație despre aceste „alte semnificații" ale propriului nostru corp. Gîndirea magică este (desigur, nu în exclusivitate) la originile opoterapiei și organoterapiei pri-

mitive, ca şi a multor tratamente empirice (şi a pseudotratamentelor) cu resturi de organisme vii, cu secreţii şi excreţii etc. În cultura actuală, legăm inima de viaţa afectivă *(la raison du coeur* a lui Pascal) şi creierul de viaţa raţională (cerebralitate = intelectualitate „rece") — dar conexiunea a fost gîndită şi altfel în cursul istoriei filozofiei, anatomiei, fiziologiei. Cînd un bolnav leşină la prelevarea a zece mililitri de sînge, el nu o face pentru că a *pierdut* sînge, ci pentru că a pierdut *sînge*. Psihanaliştii mai vorbesc de o *investiţie libidinală* a organelor, care depinde nu numai de vîrstă, ci şi de trecutul şi prezentul patologic, de imaginile mentale (ele ţin de influenţe culturale, dar şi de „inconştientul colectiv" postulat de C. G. Jung : *arhetipuri*).

Psihanaliza a mai descoperit valoarea simbolică atribuită unor acte fiziologice (de exemplu, analogia între defecaţie-naştere), a unor acte medicale etc.

În afară de sînge, semnificaţii *axiologice* (legate de valoare şi devalorizare) au saliva („scuipatul"), urina şi fecalele (în calitate de necurăţenii) şi lichidul seminal. Ultimele trei secreţii şi excreţii au o semnificaţie genital-sexuală asupra căreia nu putem insista. Medicina veche (încă cea hipocratică !) considera urina ca pe o *sinteză* de umori, reflectînd fidel personalitatea biochimică a bolnavului.

Termenul „poluţie" a fost creat în cadrul unei viziuni „peiorative" asupra sexualităţii. Chateaubriand le descria mai adecvat ca „pierderea unor scîntei ale acelui foc care înseamnă transmiterea vieţii". Nu trebuie să scăpăm din vedere faptul că vechii evrei pedepseau cu moartea obiceiul lui Onan de a împrăştia voluntar sămînţa „pe pămînt" în scop anticoncepţional.

În aşa-numita *anatomie psihoculturală*, s-au cercetat conotaţiile de mentalitate populară ale diferitelor organe şi funcţii ale organelor, aşa cum rezultă din expresiile lingvistice şi folclorice. Se iau în considerare elemente lexicale, locuţiuni, proverbe, zicători, metafore, expresii, tabu-uri, înjurături, nomenclatură diversă (plante, animale, obiecte), elemente de folclor, superstiţii, mutilări, tatuaje, măşti etc. Examinarea unui astfel de material este relevantă pentru aspecte care se întind de la fiziologie, etologie (zoologică), personalitate de bază (cu fundamente de inconştient „freudian" şi arhetipuri — inconştient „jungian"), la modele culturale, simboluri şi axiologie. Expresii ca : „mi se taie picioarele" sau „mi se opreşte inima" sau „se face alb la faţă" traduc observaţii empirice de corelaţii psihosomatice în emoţie. Expresia : „ţine ca la ochii din cap" traduc aprecieri de valoare. Expresiile : „este un om de inimă" sau „este un cap deosebit" traduc o viziune anatomofiziologică poporană (populară). Uneori este greu să stabilim ce este cultural şi ce este etologic : „bate palma" sau „strîngerea de mînă" amintesc contacte antiagresive de la primatele subumane. Totodată, faptul că numai pentru cuvîntul „mînă" se găsesc, în *Dicţionarul limbii române*, cîteva zeci de expresii lexicale, indică şi polifuncţionalitatea fiziologică, comportamentală, expresivă şi simbolică a acestui organ.

Importantă este reconsiderarea oricărei specialităţi medicale dintr-o perspectivă antropologică *lato sensu*. Antropologia de azi, ca ştiinţă multi- şi interdisciplinară, descifrează dialectica biologicului şi socialului în viaţa concretă şi oferă un cadru interpretativ larg pentru detaliile vieţii umane.

Medicul este dator să înțeleagă amănuntele corpului omenesc și abaterea de la starea de sănătate, de „normalitate" statistică sau numai *de la un ideal*, în funcție de contextul psihologic, social și cultural al *biografiei individului*. Antropologia îi oferă o vedere de ansamblu asupra variabilității fenomenelor umane în spațiu și timp ; fără să ocolească datele și interpretările biologice, ea le depășește într-o viziune integrativă și nuanțată a lor. Vom da un exemplu.

Dintele nu este, poate, organul cel mai reprezentativ pentru fenomenul „om" sau pentru aventurile sale biologice, psihologice, culturale și patologice ; el are, însă, o relevanță antropologică la fel de bogată ca și mîna despre care antropologii, psihologii și filozofii au scris atît de mult.

În procesul de evoluție al hominidelor, de transformare a botului mamiferelor în față umană, a început să se formeze ideile valorii extremității cefalice în selecția naturală. Fața umană cu aparatul ei dentomaxilar devine o importantă parte a organismului uman, deoarece ea este sursa de energie, prin importul de alimente, sursa orientării în spațiu prin organele de simț pe care le adăpostește, sursa perpetuării speciei — fața devenind și elementul de atracție a sexului opus. În evoluția omului, Darwin include, alături de selecția naturală (considerată luptă pentru existență) și selecția sexuală, determinată — printre altele — de aspectul feței celor două sexe. Rolul feței în identificarea partenerului sexual a fost recent subliniat de Desmond Morris.

Descrierea dinților în capitolul anatomofiziologic consacrat aparatului digestiv este o simplificare didactică. Funcționalitatea dentiției este multiplă : încă din primele milioane de ani ale evoluției vertebratelor, cînd a apărut la pești, a fost armă de atac, de apărare, apoi de amenințare. Este una dintre funcțiile *comportamental-etologice* ale dentiției, prelungită la animalele superioare prin funcțiile sale psihologice. Primatele superioare subumane, ca și strămoșii noștri preumani, aveau canini dezvoltați nu atît pentru a mușca, cît mai ales pentru a „rînji" amenințător și pentru a obține pe această bază, alungarea adversarului sau o poziție ierarhic-dominantă în grup.

O altă funcție ce aparține acestei sfere este cea *comunicativă*. Printre sunetele pe care se fundamentează vorbirea sînt și dentalele (ca *d* și *t*) ; este de notat că, în comunicația prin sunete, cea interumană se folosește mult de consoane, în timp ce multe specii animale pot vocaliza.

Aversitatea și agresivitatea animală, ca și cea umană, sînt strîns legate de dezvoltarea aparatului dentar (amintit de colții mistrețului, de dinții veninoși ai șerpilor). O atestă numeroase locuțiuni (ca cele în care intervine cuvîntul „a mușca"). Odată cu apariția dinților de lapte, relațiile dintre sugar și mamă se schimbă ; în această fază se întemeiază legături între alimentație, *Eros* și agresivitate. Dintele este un organ de *expresie* nu numai în furie, frică sau ciudă, ci și în însușirile de reținere și stăpînire de sine, care definesc superioritatea caracterologică („strîngem din dinți").

Dacă numim, pe scurt, *dinte fiziologic*, semnificația de bază, fiziologică, a dintelui, atunci anexarea sa la aparatul digestiv reprezintă *dintele alimentar*. În pagina precedentă, am trecut în revistă și *dintele etologic, dintele comunicațional, dintele „polemologic"* (legat de luptă), *dintele expresiv, dintele erotic*. Ultimele accepții nu epuizează, însă, *dintele psihologic ;* în lumea umană, dintele poate dobîndi multiple semnificații.

Lumea umană este o lume a valorilor : economice, estetice, etice etc. — deci vom avea de luat în considerare şi *dintele axiologic* (sănătatea este ea însăşi o valoare !). Rolul estetic al danturii este ilustrat de manevrele şi alterările la care o supun unele popoare exotice (modele culturale, *dintele cultural*). Dinţii proprii pot fi purtaţi în gură ca un ornament, după cum dinţii de animale pot fi purtaţi la gît ca o bijuterie. Se completează aici *dintele util* cu *dintele estetic* (de ex., cel îmbrăcat în aur, fără a exista o motivaţie medicală — obicei răspîndit în unele zone etnografice din ţară). Aci, *dintele economic* este şi un simbol de status social, deci un *dinte simbolic*. Dar fiecare parte din corpul nostru are, în afară de rolul său fiziologic, o valoare simbolică pentru personalitatea noastră ; investim organul cu o însemnătate ce nu are legătură directă cu fiziologia sa.

Dintele simbolic mai are şi alte valenţe. Poate fi *dinte ludic* (de joc) ; poate fi auxiliar în muncă *(dinte ergologic)* ; el este, oricum, un *dinte senzitiv*, nu numai prin receptorii algici, ci şi prin combinaţia la senzorialitatea zonei orale şi la auz, sau la variatele plăceri ale zonei orale *(dinte hedonic)*.

Un organ atît de multifuncţional se poate degrada, pierzîndu-şi din valenţe (un dinte devitalizat este doar o piesă mecanică). „Saltul calitativ" spre patologic preschimbă dintele într-un corp străin, uneori autoagresiv (infecţia de focar). Dintele mai este un *calendar biologic* — şi, în prima parte a vieţii, ne atestă „adevărata" vîrstă (cea biologică) şi este un subsistem „numărat" şi construit bucată cu bucată (numărul lor este prescris exact în zestrea genetică). Faptul că dintele se uzează cu vîrsta a constituit o sugestie pentru interpretarea îmbătrînirii ca fenomen de uzură, dar uzura este caracteristică fiecărei epoci culturale şi fiecărui tip antropologic (Firu). În sfîrşit, subliniem că dantura (şi „muşcătura") au un grad de singularitate, de specificare individuală, similară cu cel al dermatoglifelor (Firu).

Tip de personalitate şi răspuns la medicamente

După cum am mai menţionat, existenţa variabilităţii interindividuale (morfologică, fiziologică, psihologică) se exprimă nu numai prin variaţii *cantitative* în ceea ce priveşte răspunsul la medicamente (ca şi la substanţe toxice sau alimentare), ci şi prin variaţii *calitative*. Există o trecere pe nesimţite între idiosincrazie (determinată ereditar, prin lipsa unor enzime sau imunologic, printr-o alergie dobîndită), prin variaţiile *de sens* ale efectului unei substanţe administrate şi reacţiile de tip placebo, despre care vorbim la momentul potrivit. Unele dintre aceste particularităţi reactive depinde de „temperamentul biochimic", enzimatic sau endocrin, altele de tipul de sistem nervos, altele se leagă strîns de aspectele psihice ale personalităţii umane. Astfel, administrarea agenţilor psihochemoterapeutici duce uneori la răspunsuri „paradoxale". De exemplu, fenotiazinele, care au însuşiri *farmacologice* calmante, pot să determine o creştere a agitaţiei şi a anxietăţii. Discutînd acest fenomen, G. Sarwer-Foner (1957)

a presupus că, în unele dintre cazurile respective, efectul farmacologic tipic al drogului tranchilizant suprimă sau interferă cu activitățile folosite de pacient ca *apărări majore* împotriva unor conflicte inconștiente. Bunăoară, persoanele care „caută" o *stimulare* externă în chip de comportament de luptă, au nevoie de un *control* extern pentru perturbațiile endogene ce ar apărea sub formă de gînduri, afecte ori fantezii. Suprimarea interacțiunii active cu ambianța (prin sedare, hipnotice sau inhibiția motricității) poate duce, de aceea, la panică, la agitație sau la creșterea anxietății.

Deși problema nu este încă clarificată (se pare că, în această privință există și diferențe după sex), ea merită să fie reținută — nu numai pentru cercetări ulterioare, ci și pentru reala sa importanță practică imediată.

Psihologia medicală a vîrstelor şi a sexelor

Consideraţii generale

Sistemele vii sînt sisteme *evolutive*. Indivizii *(persoanele)* se nasc, cresc, se dezvoltă, se maturează, involuează, mor. „Totul curge" în această lume *(panta rei* a lui Heraclit) — iar pentru „curgerea în timp" a vieţii individuale, Max Bürger a propus termenul de *bioreutică* (în particular, pentru aspectele somatice — a vorbit de *biomorfoză*). Bioreutica se ocupă cu modificările *de vîrstă* ale organismelor. Un aspect particular al bioreuticii ar putea fi numit „psihoreutică" : studiul modificărilor legate de vîrstă ale vieţii psihologice — inclusiv ale vieţii spirituale. Pentru *biologia* vîrstelor, C. I. Parhon a propus (1928) termenul de *ilikibiologie*. Se poate vorbi însă şi de o *ilikipsihologie* şi de o *ilikisociologie* — sau, pe scurt, după noi, de o *ilikiologie*.

Fideli principiilor care ne călăuzesc în redactarea acestei lucrări, ne vom mărgini să dăm cîteva repere şi perspective, să formulăm unele probleme şi să trecem în revistă cîteva soluţii propuse. Ele vor ajuta cititorul la o abordare prevenită a realităţii concrete.

Etape, stadii, crize

Conceptul de *stadiu de dezvoltare* este larg răspîndit în biologia şi în psihologia contemporană. Deşi acest concept este de folosinţă curentă în psihologia copilului încă de la începuturile sale (bunăoară, de la J. J. Rousseau), cele dintîi tentative de determinare precisă a acestuia se întîlnesc relativ recent, în lucrările lui S. Freud şi ale urmaşilor săi, ale lui J. Piaget (întemeietorul „psihologiei genetice"), ale lui H. Wallon şi ale lui Gesell.

Pentru Freud şi pentru Piaget, este caracteristică abordarea abstractă unidimensională ; ea se traduce printr-un proiect de cercetare bine determinat, formulat într-un cadru teoretic doctrinal. În studiul copilului şi al stadiilor sale de dezvoltare, aceşti autori au dorit să găsească verificări de ipoteze (la J. Piaget : ipoteza evoluţiei *continue* de la forme biologice la forme logice) sau explicarea formării unor simptome întîlnite în psiho-

patologia adultă (la psihanalişti). Ambii autori urmăresc existenţa unei tendinţe originale, unică şi permanentă : tendinţă asimilatoare (respectiv libidinală), orientată prin ereditate către cercetarea echilibrului (respectiv a plăcerii). Manifestările succesive ale acestei tendinţe, în cursul psihogenezei, iau forme variate care definesc tocmai *stadiile*. Fiecare stadiu este o complexificare progresivă sau o diferenţiere a celui precedent, care-l condiţionează pe cel următor. Dezvoltarea decurge în virtutea unui fel de „putere autogenă autocreatoare a tendinţei originale", tendinţă care se desfăşoară în urmărirea obiectivului său : obiectul *cunoaşterii* la Piaget, obiect fizic material ; obiectul *dorinţei* la Freud, obiect uman. Dar obiectul fizic este stabil, pasiv, deci întotdeauna asimilabil, odată cu trecerea timpului, cu preţul unor acomodări ; de aceea, pentru Piaget, tendinţa asimilatoare ajunge progresiv şi în mod necesar la echilibru, iar dezvoltarea ne apare ca fiind calmă, regulată, omogenă, progresivă, orientată. În schimb, obiectul uman este activ, capricios, rebel, niciodată complet asimilabil, tendinţa libidinală este adesea frustrată, ameninţată de eşecuri, de opriri şi de regresiuni ; de aceea, dezvoltarea ne apare (după Freud) ca fiind conflictuală şi dramatică.

La Wallon şi la Gesell, abordarea este concretă şi multidimensională. Copilul este luat „aşa cum este", ca o fiinţă vie, cu întreg comportamentul său şi ansamblul condiţiilor în care se dezvoltă. Analiza dezvoltării nu foloseşte cadre conceptuale prealabile ; elaborarea stadiilor se efectuează prin comparaţii multiple (ale copilului cu alţi copii şi cu el-însuşi), metodă care duce la identificarea unor momente caracterizate printr-o orientare specifică ce polarizează ansamblul comportamentului (ele au un *stil ;* li se poate trasa un *profil*). Natura stadiilor, la Wallon, trebuie căutată în preponderenţe funcţionale. Factorii multipli de ordin fiziologic, social, fizic şi psihologic intervin pentru a face să apară *noutăţi* în conduită ; prin ele copilul trece de la un *nivel* de maturitate la altul, de la un stadiu la altul *superior*. Trecerile comportă disocieri şi remanieri care se traduc prin oscilaţii, şi, cîteodată, prin *crize*. Dezvoltarea nu este regulată, ci cu *discontinuităţi :* decurge prin salturi, prin faze alternante. De fapt, dezvoltarea este totodată continuă şi discontinuă : continuitatea exprimă unitatea fiinţei în dezvoltare, solidaritatea momentelor succesive şi continuarea unora în altele — în timp ce discontinuitatea (care fundamentează, de fapt, noţiunea de stadiu) traduce multiplicitatea *calităţilor* care apar succesiv. Momentele calitative succesive sînt legate intrinsec de noţiunea de dezvoltare, în timp ce noţiunea de criză exprimă intensitatea, amploarea schimbărilor calitative (putînd exista şi o dezvoltare continuă, *fără crize*).

O teorie a *crizelor* în dezvoltare a fost prezentată mai de mult de către J. Dublineau. El admite, în fiecare individ, existenţa : a) unei energii profunde, nediferenţiate, generatoare de tonus ; b) a unor mijloace de investiţie a acestei energii, axate pe funcţiile senzitivosenzoriale şi motrice, exprimîndu-se în activităţile de adaptare şi de afirmare ; c) a unor mijloace de coordonare (sistem nervos, sistem endocrin) strîns legate de cele de transport (arbore vascular). Tonusul, factorul dinamogenic esenţial asigură conservarea speciei, ca şi organizarea socială ; el implică o anumită tensiune a organismului, care poate fi orientată în afară (heterotropic) sau spre propria persoană (autotropic).

Din punct de vedere evolutiv, adolescența și „vîrsta critică“ (climacteriul) îi apar autorului ca avînd o valoare mai „largă“ decît ca legată de apariția sau dispariția instanței genitosexuale. Ele sînt *momente de criză*, care mobilizează energiile organismului pentru apărare sau pentru afirmare ; puțin cîte puțin, organismul se acomodează la un nou echilibru — și această *integrare* deschide posibilitatea utilizării energiilor mobilizate în raport cu noi orientări. Întreaga copilărie este, pentru autor, desfășurarea unei crize natale (care începe în luna a 5-a intrauterină și ține pînă la naștere) ; vîrsta adultă este privită ca desfășurarea crizei pubertare, iar bătrînețea — ca desfășurare a unei crize climacteriale. Oricare fază de criză, în evoluția sa normală, îmbogățește personalitatea subiectului, iar atingerea stării de echilibru este marcată de elemente de „sociospiritualizare“. Aceasta din urmă este, la rîndul ei, „corectată“ prin intervenția unui moment biologic : creșterea la copil, sexualitatea la adolescent etc. Orice fază de criză mai implică un tropism heterosexual (către mamă la băiatul mic, către femeie la adult).

În fiecare criză se deosebește o precriză, o criză, o postcriză. Adolescența și vîrsta critică definesc *crize primare,* în timp ce *crize secundare* sînt cea matrimonială și cea a „retragerii“ (pensionării). Există și *crize accidentale.*

J. Dublineau a analizat, în lumina teoriei sale, vîrstele extreme : copilăria și bătrînețea. *În copilărie,* pînă la vîrsta de 3 ani, crizele sînt puțin nete, scurte, greu de apreciat ; la această vîrstă — are loc o *criză de personalitate,* legată de afirmare, criză esențialmente afectivă. Lichidarea complexelor se operează pe la 5 ani și este precedată de o stare de perplexitate, de anxietate. În „cea de a treia copilărie“ găsim *criza ideomotorie* de la 7 ani, axată pe adaptarea la un nou mediu social : școala. Precriza adolescenței (prepubertatea, „vîrsta ingrată“) este legată de obligația de a asimila noțiunea de *lege* (socială, cosmică, biologică), paralel cu apariția forțelor de *opoziție* față de mediu, în persoana care se afirmă. În afară de ideea *utilității* crizelor și rolul *factorilor sociali* în determinismul și în lichidarea lor, în concepția autorului găsim ideea după care crizele evidențiază *tipuri* structurale elementare diferite ; aspectul crizelor este în funcție de „temperamentul individual“, de bogăția forțelor de autonomie, de însemnătatea factorilor socioadaptativi și autoadaptativi. „Terenul“ puțin rezistent, mediul neînțelegător — pot transforma crizele în *dezastre* pentru evoluția personalității. Fazele critice sînt totodată momente propice pentru influențe educative.

După Sivadon, *etape critice* corespund în esență unei remanieri relaționale, care pune în cauză raportul dintre securitate și autonomie (pe acesta se bazează echilibrul personalității). Etapa critică cea mai importantă ar fi dată de „luarea distanței“ a copilului în raport cu mama sa ; aspectele sale majore sînt dificultăți în relația mamă-copil, intervenția celorlalți membri ai familiei și separația școlară. Adolescența este tulburată de conflictul între dependența familială și nevoia de autonomie. În viața tînărului, se cer depășite etapele critice ale intrării în profesiune și ale căsătoriei. Dar se pot lua în considerare și alte etape virtual generatoare de conflict (paternitatea, promovarea socială, doliul etc.).

Concepte sintetice despre desfăşurarea vieţii umane

Unii autori consideră că orice înaintare în vîrstă este o *îmbătrînire*. În „îmbătrînire" există un aspect natural (biologic, fiziologic sau chiar psihofiziologic) şi un aspect social (sau psihosocial). Fără a intra în amănuntele referitoare la aspectele şi mecanismele îmbătrînirii considerată ca un *declin*, menţionăm că, în unele domenii, un astfel de declin începe la naştere (de ex. acuitatea senzorială, viteza de cicatrizare) şi este mai rapid în primii ani. Îmbătrînirea „socială", însă, este un termen care nu se aplică decît ultimelor faze ale acestui proces.

O *imagine sintetică* a decursului vieţii umane ne este propusă atît de către simţul comun, cît şi de oamenii de ştiinţă de diferite specialităţi. *Imaginea populară* este împărtăşită şi de către unii biologi şi filozofi : curbă crescătoare urmată de o curbă descrescătoare.

Erikson (1950) a încercat să integreze date psihobiologice şi psihanalitice cu date de sociologie şi etnologie. Fiecare societate îşi formează copiii conducîndu-i spre o stare de maturitate ideală care este „integritatea eului" (sau a *ego*-ului). Educaţia caută să asigure corespondenţa între *calendarul sociocultural* propriu societăţii respective (incluzînd un număr de etape) şi *orariul natural* de dezvoltare a organismelor psihobiologice, deci armonia între dezvoltarea psihoorganică şi dezvoltarea psihosocială. Erikson — în opoziţie cu tablourile obişnuite în care declinul apare mai mult sau mai puţin precoce — desemnează un tablou al dezvoltării eului prin creştere continuă. Fiecare dintre cele opt stadii analizate are caracteristicile sale, o semnificaţie psihanalitică şi manifestări specifice în caz de nereuşită.

Primul stadiu este cel *oral ;* percepţiile şi activităţile sînt centrate pe gură (a mînca, a muşca, a striga). Prima reuşită socială a individului este acceptarea îndepărtării temporare a mamei pentru că a dobîndit *încredere*, împreună cu sentimentul (rudimentar) al identităţii eului său. În caz de nereuşită, apar neîncrederea şi anxietatea. Cronologic, acest stadiu corespunde vîrstei de 0—1 ani.

Urmează stadiul *„anal" ;* individul îşi stăpîneşte sfincterele, muşchii, mişcările ; este un stadiu de *autonomie* (care, dacă nu este dobîndită, face loc ruşinii şi îndoielii). Corespunde vîrstei de 2—3 ani.*

Urmează stadiul *genitalităţii infantile* (şi al *motricităţii*) (4—7 ani). Se dobîndeşte *iniţiativă* (alegerea scopurilor şi perseverenţă) ; iniţiativa dă satisfacţie (în caz contrar apare sentimentul culpabilităţii).

Al patrulea stadiu este (în psihanaliză) cel de latenţă a sexualităţii infantile (8—11 ani), caracterizat prin *industrie* (dexteritate, îndemînare) : o adaptare la lumea instrumentelor, care permite să se depăşească sentimentul de inferioritate.

Al cincilea stadiu corespunde pubertăţii şi adolescenţei (12—19 ani), perioadă în care individul ia cunoştinţă de *identitatea sa personală* (în caz contrar se manifestă : un caracter difuz al rolurilor sociale, o îndoială asupra identităţii sexuale, o identificare cu „eroii" sau cu clanul).

---

* Datările nu aparţin lui Erikson, ci lui Linden şi Courtney (1953) şi lui Rose (1955).

Al șaselea stadiu este stadiul *tinereții adulte* (20—34 ani) ; individul intră în raporturi intime cu altul (prietenie, luptă, schimb intelectual cu un maestru, unire sexuală). Capacitatea de *intimitate* este caracteristică acestui stadiu (dacă nu este atins, întîlnim sentimentul singurătății).

Stadiul următor este vîrsta adultă (34—44 ani) ; vîrsta productivității, a creativității, a *generativității* (individul devine tată, cu răspunderi pentru altul) (în caz contrar găsim manifestări de stagnare).

Ultimul stadiu este vîrsta *maturității* — caracterizată prin integrarea eului (dacă acest stadiu nu este atins, apare desperarea).

Așadar, în concepția lui Erikson, individul se dezvoltă (în mod ideal) continuu și constant, accedînd la paternitate ; el progresează readaptîndu-se la un nivel care îi oferă neîncetat noi probleme. În ultimul stadiu, subiectul este în „acord total" cu ordinea lucrurilor și cu semnificația propriei sale existențe în societatea în care a trăit ; el își acceptă viața personală. În caz contrar, refuzul de a accepta ca viața să fie *tocmai aceea* pe care a dus-o, se împletește cu teama de moarte, cu sentimentul imposibilității de a-și reîncepe viața. În cazul ideal („normal"), fiecare etapă se folosește de ceea ce s-a dobîndit în etapa precedentă, prin incluzii succesive (ceea ce justifică ideea de *progres*) ; sîntem în fața unei piramide fără pierderi ; persoana se îmbogățește treptat (Stoetzel). Erikson ne mai arată că diferitele perioade se *lungesc* treptat cu cît înaintăm în vîrstă ; el nu ne spune, însă, ceea ce se petrece dincolo de stadiul al optulea.

De asemenea, Erikson trece cu vederea *bilanțul* tinereții și *confruntarea realității cu idealul* care, în jur de 30—35 ani, determină apariția unor crize sufletești și schimbări somatice. H. de Balzac a făcut aluzie la acest aspect în *La femme à trente ans*. Însemnătatea acestui moment pentru medicina clinică a fost subliniată de I. Hațieganu, care a vorbit despre „sindromul lui Balzac". Ideea după care viața adultă, la rîndul ei, poate fi examinată din punctul de vedere al etapelor și al crizelor, constituie o teză de bază a *adultologiei* preconizată de curînd.

Dacă teoria lui Erikson este o teorie *subiectivistă* a dezvoltării Eului, teoria Charlottei Bühler este esențialmente *obiectivistă,* bazată pe studiul activităților și a operelor care sînt rezultatul inițiativei. Bühler admite că fiecare individ trece prin faze de creștere (pînă la 25 ani), de maturitate (25—45 ani — creștere *stabilă,* cu compensarea schimbărilor) și de declin („creștere regresivă"), în care puterea de regenerare a țesuturilor se epuizează). Alături de acest punct de vedere biologic, Bühler admite o schemă similară pentru aspectul genetic (al capacităților de procreare), dar cu alte limite de timp (15 și 55 ani) pentru faze (achiziție, stare, pierdere). Juxtapunerea acestor scheme permite decuparea în *cinci* faze a decursului vieții umane. Interesant este faptul că aceste cinci faze se regăsesc — cu oarecare aproximație — și pe plan psihosocial. Acumularea evenimentelor exterioare se repartizează în faze succesive de creștere rapidă, de creștere mai puțin rapidă, de palier, de declin. Declinul se produce însă mai tardiv (la 63—68 ani) în schema psihosocială, iar această prelungire a fazelor se datorează probabil unei compensări intelectuale a facultăților biologice în declin. Totodată, pe măsura înaitării în vîrstă, descresc dorințele și crește sentimentul datoriei. Caracteristică este, așadar, o „lege a transferului dominantei" : activitatea privilegiată pînă la un moment se șterge

în spatele uneia mai puțin narcisiste sau mai puțin egoiste. Charlotte Bühler vorbește despre o „lege a specificării intereselor", de la o fază la alta. Cele cinci faze sînt următoarele :

1) a vieții de familie și a activității școlare ;

2) (începînd la 16—20 ani) a intrării într-o activitate aleasă personal și în relații personale și sociale, independente de cercul familial ; apar activități noi (numai în 1/5 din cazuri definitive) și dimensiuni noi ale existenței ;

3) (începînd la 26—30 ani) — cu alegerea definitivă a profesiunii (în peste 2/3 cazuri), stabilirea legăturilor personale durabile, crearea unui cămin. Este faza culminantă, extrem de fecundă. În aceeași ordine de idei, menționăm că Lehman (1953) a arătat, pe baze statistice, că producția operelor culturale are o primă culme în prima parte a vîrstei adulte.

4) (începînd de pe la 48 ani) cu „achiziții negative" : pierderi economice și corporale (ablații chirurgicale etc.) irecuperabile, pierderi de părinți și de prieteni ; cîteodată schimbări de profesie și de domiciliu (exprimînd nemulțumire, atitudine de negație). Individul devine mai introspectiv, mai filantrop, deseori se simte singur.

5) (începînd de la 63—68 ani) cu scăderea dimensiunilor sociale, cu preferințe pentru divertismente, pentru viața rurală și pentru cultul morților.

După Charlotte Bühler, există 4 tipuri de oameni, după faza în care au loc performanțele creatoare : 1) *precoce* (poeți, matematicieni, fizicieni, atleți — au mai curînd vitalitate decît experiență) ; 2) de maturitate (inventatori, exploratori, oameni de afaceri — au nevoie de un maximum de posibilități sociale) ; 3) cu reușită tardivă (savanți, filozofi, oameni politici — au nevoie de experiență) ; 4) cu productivitate repartizată în toate fazele (se explică prin schimbarea de activități și de inspirație, odată cu trecerea de la o fază la alta : Verdi, Liszt, Descartes, Schopenhauer).

De remarcat că și Charlotte Bühler neglijează — ca și psihanaliștii — ultima parte a existenței și tocmai această parte este în centrul atenției lui Linden și Courtney (1953). Fiind psihiatri, autorii acordă multă importanță funcțiilor socioculturale și recunosc rolul celor vîrstnici și bătrîni în procesul de transmitere și de conservare a culturii. Autorii definesc maturitatea drept o *organizare eficientă* a experienței în raport cu conflictele forțelor emanînd din psihic și din mediul exterior. În timp ce tînărul caută mai ales satisfacții egoiste a pulsiunilor, cel matur sau vîrstnic caută să domine pulsiunile grație culturii mediului său. Dar aceste două orientări corespund la două perioade denumite *evolescență* și *senescență* (termenului de „senescență", corespunzător — în modelul autorilor — vîrstei de 40—70 ani — i se dă, în context, un înțeles neobișnuit, ca și termenului „involuție", dealtfel). În prima, dezvoltarea are loc prin mijlocirea creșterii fizice (pînă la 30 ani). În cea de a doua, dezvoltarea se *continuă* prin alte mijloace. În prima, orientarea în ce privește rezolvarea conflictelor este negativă ; în cea de a doua — este pozitivă. Ideei schimbării *continue* în dezvoltare i se suprapune ideea *rupturilor* (întreruperilor) biologice : la pubertate, la „involuție" (reîntoarcere de vîrstă) ca și la senilitate (reîntoarcere eruptivă a instinctelor). La pubertate, instinctele sînt deșteptate, dar controlate prin norme psihosociale, în timp

ce la senilitate controlul nu mai este posibil. Evolescența cuprinde 6 faze (stadii), iar senescența — 10—11. Stadiile evolescenței sînt : de dominație, apoi de educare a instinctelor ; de ucenicie socială ; de reînviere a instinctelor ; de constituire a cuplului (și de dragoste) ; de mariaj. Stadiile senescenței sînt : al familiei ; al vieții sociale ; de activitate parentală ; de activități politicosociale (la 50 ani) ; „moralistă" (la 60 ani) ; de reîntoarcere la vechile valori și de reflectare asupra istoriei omenirii (la 70 ani). La o vîrstă variabilă de la individ la individ, încep : faza în care valorile fizice reîncep să domine (cu reapariția „dezvățării sociale", corespunzînd fazei de latență din copilărie) ; faza dezeducării instinctelor și reîntoarcere la domnia totală a instinctelor asupra individului.



Pentru noi sînt foarte interesante constatările după care este posibilă nu numai o apreciere biologică, psihologică, sociologică etc., a grupelor de vîrstă, ci și una patologică — incluzînd și *atitudinea indivizilor față de sănătate, față de viața fizică și față de boală.* O anchetă (1963) a dat ca rezultate la întrebarea : „care este elementul esențial al fericirii ?", răspunsul : „sănătatea" — în proporții care au crescut regulat de la 52% pentru grupa de la 20—34 ani, la 70% pentru grupa de peste 65 ani. Este adevărat că, odată cu înaintarea în vîrstă, scade și conștiința bunei funcționări a corpului. Amintim că, după Canguilhem, a te simți sănătos înseamnă „a te simți mai mult decît normal, gata la a face excese de orice natură". Cu înaintarea în vîrstă, crește și morbiditatea : referindu-ne la lotul investigat, între 20—29 ani, numărul mediu de boli pe individ era de 0,71, iar procentul celor ce se considerau sănătoși era de 60% ; între 70—79 ani, cifrele corespunzătoare sînt de 3,20 și 3%. Crește și anxietatea relativă la boală (exprimată, de exemplu, prin prezența gîndului că suferi de o afecțiune gravă). Medicina și medicul joacă un rol din ce în ce mai important, pe măsură ce înaintăm în vîrstă ; de la 21 la 65 de ani, numărul vizitelor medicale pe an se dublează (Birren ș.a.). În timp ce tinerii pretind — din partea medicului — intervenții energice, vîrstnicii doresc să li se prescrie mai cu seamă o medicație prudentă sau reguli de viață. Tinerii forțează dozele și abandonează ușor tratamentul — prin opoziție cu bătrînii, care sînt scrupuloși. Tipul „ideal" de medic (tipul preferat) devine din ce în ce, un tip mai vîrstnic. Tinerii pretind de la medic mai ales cunoștințe specifice — în timp ce bătrînii apreciază mai mult dezinteresul și disponibilitatea, căci sînt mai anxioși. Vîrstnicii sînt mai dependenți, au nevoie de asigurări și vorbesc mai ușor de problemele lor personale ; dar ei respectă mai puțin riguros regulile de igienă. Vîrstnicii preferă repausul pasiv și — dintre sporturi — pescuitul și popicele : sînt mai apți să aprecieze ieșirile în aer liber și în natură. Se schimbă, de asemenea, *obiceiurile alimentare ;* tinerii preferă mîncărurile excitante, vîrstnicii — pe cele substanțiale.

Prima copilărie

Viața începe — după Morton — printr-o „frustrație enormă", aceea a nașterii (se știe că O. Rank a insistat asupra *traumatismului nașterii,* speculînd asupra „nostalgiei după apele amniotice", asupra simbolismului

legat de situația protejată din uterul matern și asupra retrăirii anxietății din acel moment crucial). Expulzat din uter, *nou-născutul* este obligat să se adapteze la un mediu esențialmente nou. Această adaptare nu se soldează întotdeauna în mod favorabil ; este mai dificilă la prematuri.

La sugar, „perceptul" vizual al corpului, cel auditiv al vocii și fluxul impulselor senzoriale de la viscere și mușchi — sînt trăite mai întîi ca aspecte ale unei totalități în care ele nu sînt deosebite de afect și de pulsiune („egocentrism", în sensul lui Piaget). Corpul, sub toate aspectele, este sesizat tot atît de nefamiliar, de străin, de neorganizat — ca și celelalte obiecte ; timp de multe luni, o bună parte din el nu este recunoscut ca fiind „propriu" (o mînă poate fi dusă la cealaltă, la gură, ca și un oricare alt obiect). Chiar și în al doilea an al vieții, unele zone cutanate dau la atingere o impresie de ceva străin (este vorba de o experiență incomplet asimilată de către eu). Percepțiile specifice sînt diferențiate înainte de a fi articulate într-un tot (această articulare ține de coexistența și de interacțiunea lor). Se pare că la imaginile despre sine pe care și le formează sugarul, imaginea mamei servește ca un punct de ancorare, dacă nu ca un model, ca un prototip. Recunoașterea limitelor corporale este întîrziată la imbecili, din cauza experienței de viață mult mai simple. „Cunoștința de sine" se dovedește accelerată prin achiziționarea precoce a unui vocabular referitor la corp. „Localizarea eului", copilul mic și-o face în abdomen și în partea inferioară a toracelui (membrele sau ochii sînt *ale lui*, dar nu sînt încă *el*), mai rar în cap sau în regiunea gurii. Aria în care este localizat eul depinde de gesturile prin care adultul accentuează faptul că e vorba de sine ca și de importanța vitală a regiunii, din punctul de vedere al copilului.

Gratificațiile viscerale joacă un rol principal și — deși se amestecă în imagini și o doză de durere și frustrație, acest fapt determină ambivalență mai curînd decît neutralizarea efectelor opuse. Autoiubirea (narcisismul) devine o normă, indiferent de tipul de cultură căruia-i aparține copilul. Destul de precoce, unele părți din corp devin suportul unor „afecte" de dragoste sau de ură excesivă (Schilder, Horowitz (1935) ; unele dintre ele pot „fixa" afectul atît de puternic încît pot influența viața fiziologică, psihologică și patologică ulterioară (Freud, Abraham). Importanța zonei orale poate fi cercetată și experimental : la cățelușii care, alimentați printr-un biberon special, nu au fost obligați la un exercițiu suficient al gurii și al fălcilor, se observă o tendință de a suge și de a mușca, persistentă pe întreaga perioadă de creștere (D. Levy, 1934). Suptul degetelor la copii este în raport invers cu timpul de hrănire în 24 ore (Roberts, 1944). „Nevoia de activitate bucală" trebuie să fie satisfăcută. Se poate afirma (exagerînd întrucîtva) că primul autoportret este centrat pe gură, ca obiect asimilator ; schematizarea primitivă a proceselor este în termeni de a „introduce" (a încorpora), a „reține", a „elimina" (Erikson). La frustrația de activitate gratificatorie orală, se dezvoltă (după Abraham) tendința de a suge degetul, ulterior înclinația către fumat, către amestecatul gumii, către cîntat dintr-un instrument de suflat sau din gură, poate către pălăvrăgit sau oratorie. *Tipul oral* este totodată un tip *dependent*, căci relația alimentară inițială este o relație de dependență.

După Stern, descoperirea lumii se face în trei spații succesive : cel bucal, cel apropiat, cel locomotor.

Dobîndirea unității eului se face treptat, sub presiunea coerciției familiale și sociale, prin care (prin privilegii și prin responsabilități) se pretinde să acționăm ca o unitate și — de asemenea — sub influența limbajului și a *activității*. Întregul proces este călăuzit prin mecanisme *autistice*, care „rețin" în conștiință mai ales ceea ce este convenabil. Procesul de *integrare* este un proces gradat de „orchestrație". Un rol important îl joacă *identificarea*, de exemplu cu părinții — și acest fapt denotă natura socială a omului. Identificarea nu este un proces pasiv, ea include și tendința de a juca *rolul* social al celuilalt.

Nedeterminării frontierelor eului, din copilărie (dar prelungită și în celelalte perioade ale vieții) îi urmează procesul de *proiecție (projecție)* în virtutea căreia experiențe mentale proprii, caracteristici sufletești, tendințe etc. sînt atribuite altora. Prin *introecție (introjecție)*, copilul (și adultul) ajung să se simtă afectați (pozitiv sau negativ) de ceea ce afectează alte persoane și obiecte. Copilul, imitîndu-și părinții, își atribuie caracteristici ale adulților, ceea ce-l „împinge" spre maturizare ; el ajunge să „vadă prin ochii părinților" etc. (și chiar să se vadă prin ochii altora). O mare importanță o are, de aceea, modul în care copilul este apreciat de către adulți și părinți, mod care nu are voie să fie caricatural. Autodeprecierea duce la o viziune antipatică despre ceilalți, care poate dezvolta amărăciune și cinism. O autopictură demnă de dragoste condiționează dezvoltarea dragostei pentru ceilalți. Dar nici o autopictură inițială foarte favorabilă nu este recomandabilă, căci o dezamăgire în urma comparației cu alți copii poate fi șocantă. Acest șoc face imposibil un grad de „autism" necesar *autostimulării*.

Teorii mai vechi puneau accentul pe capacitatea de a înțelege pe altul prin *analogie cu sine* (W. K. Clifford ș.a.) ; mai recent, M. F. Washburn (1932) a vorbit despre „conștiința ejectivă" ca bază a psihologiei sociale. De fapt se petrece un transfer continuu, înainte și înapoi, de la percepția de sine la percepția altora (conceptul de „participare", elaborat de J. Piaget). *Simpatia* depinde de analogii între eu și ceilalți ; individul uman are mai multă simpatie pentru persoane decît pentru maimuțe, pentru maimuțe mai mult decît pentru păianjeni (G. Murphy). Simpatia joacă rol în „expansiunea eului" (W. James) — încorporare a altor persoane în sfera de preocupări. Nu există limite nete între simpatie și *empatie* (prin care *ne așezăm în locul* altora).

Copilăria propriu-zisă

Dezvoltarea eului în anii care urmează este caracterizată (în cultura europeană și cea americană, cel puțin) prin deplasarea atenției de la percepția corporală spre dobîndirea prestigiului și a puterii. Copilul dorește să fie aplaudat. El urmărește posesiunea sau proprietatea asupra obiectelor — prin contrast cu căutarea satisfacției imediate, din primul sau din primii ani. Vocabularul referitor la eu devine din ce în ce mai puțin senzorial — și din ce în ce mai mult, un limbaj despre trăsături. *Corpul* este înlocuit — în percepția copilului — prin *status* și prin note *caracteristice*.

Dacă identificarea este o cale de extindere și de unificare a eului, nu trebuie să uităm că acest mecanism nu se poate desfășura fără tensiune și luptă, căci copilul trebuie să aleagă între obiecte heterogene. Există

o nevoie de *consistență* (Lecky) care nu se satisface tocmai ușor. Copilul trebuie să dobîndească unitate ca răspuns la situația sa familială și în *ciuda* situației sale familiale. Descoperind că tatăl „poate fi" un obstacol în calea dragostei sale pentru mamă, oscilînd între dragoste și ură pentru acest obstacol — cu sentimentul consecutiv de teamă de pedeapsă — se dezvoltă la băiat, după Freud, un „complex Oedip" de esență libidinală. (La fetițe s-ar dezvolta, corespunzător „complexul Electrei"). După Murphy, totuși, situația poate fi privită, mai simplu, din punctul de vedere al luptei pentru a dobîndi o autopictură adecvată. Agresiunea ce apare față de părintele care impune restricții sau frustrațiuni poate rezulta din lezarea eului; dar tatăl este, de obicei, agentul disciplinar mai puternic și mai operativ.

Clinicienii din primele decenii ale secolului nostru deosebeau, în copilărie, 7 perioade: 1. de nou-născut (cu cunoscuta „criză genitală"); 2. a primului an de viață (spre sfîrșitul căruia apare o „criză" ce coincide cu apariția dinților); 3. de *turgor primus*; 4. de *proceritas prima* (mica pubertate, sau de „primă alungire prevalentă"); 5. de *turgor secundus* (9—11 ani), cu creștere predominant ponderală; 6. de prepubertate *(proceritas secunda)*, urmînd: 7. pubertate propriu-zisă *(turgor tertius)*. Fiecare perioadă se diferențiază de cea precedentă prin orientarea vegetativă generală („antagonismul ponderal-morfologic" al lui Viola, „antiteza celor două constelații hormonale antagoniste" a lui Pende). Este greu să se suprapună peste aceste perioade *stadii* de dezvoltare psihică. N. Mărgineanu inistă asupra „copilăriei" care poate fi definită prin criteriul biologic *completat* cu cel psihologic și cu cel social (acesta din urmă, legat de școlaritate).

Caracterele psihologice fundamentale ale gîndirii copilului ar fi (după Piaget): realismul (incluzînd confuzia dintre fizic și psihic, dintre lumea interioară și cea exterioară), animismul (însuflețirea tuturor lucrurilor) și artificialul (orice lucru e „făcut" de cineva; inclusiv copiii s-ar putea „face" din carne de măcelărie). Această gîndire concretă și animistă este prea puțin distinctă de fantezie. Alt caracter psihologic important este *jocul*. Aceste trăsături se reflectă, bineînțeles, în atitudinea față de medic și față de boală.

Tot atît de însemnată este noțiunea psihosocială a *vieții de familie*. N. Mărgineanu insistă asupra a) interacțiunii dintre frați și ordinea nașterii; b) interacțiunii dintre părinți și copii. Faptul de a te fi născut primul sau ultimul, precum și acela de a fi singur la părinți sau unul dintre mulți — are repercusiuni importante asupra dezvoltării personalității (Adler, Thurstone și Jenkins, Jones etc.). Copilul *răsfățat și cocoloșit* nu este numai o problemă de pedagogie, ci și una de medicină somatică și de psihiatrie. Copilul *nedorit* înseamnă frecvent frustrație, sentiment de culpabilitate sau spirit rebel. Slăbiciunea sau disciplina tiranică, perturbarea relațiilor normale dintre soți, cu „fixarea" de părintele de sex opus — sînt elemente importante în etiologia nevrozelor. De asemenea, trebuie să ținem seama de setea de afecțiune a copilului, nesatisfăcută în cazul părinților vitregi — și de modul în care acesta ia cunoștință de misterele sexualității. O igienă mentală satisfăcătoare a copilăriei include participarea copiilor la „lupta" vieții, cu riscurile, neplăcerile și victoriile ei.

S-au făcut cercetări *ad hoc* asupra concepţiilor infantile privind organele, funcţiunile, procesele fiziologice (E. Gellert, 1962), sexualitatea ş.a. Aceste date (ca şi cele referitoare bunăoară la dezvoltarea conceptului de sexualitate) au o importanţă reală pentru practica convorbirii medicale în pediatrie.

Ajustarea copilului la boală depinde în mare măsură de atitudinea părinţilor. Atitudinea de supraprotecţie, ca şi cea pesimistă, este egal de dăunătoare. De obicei, boala se însoţeşte de o emoţionalitate crescută. Spitalizarea poate complica situaţia prin privaţiune afectivă, ducînd la manifestări de ostilitate. O boală îndelungată afectează *status*-ul social în grupul de copii, stînjeneşte dezvoltarea comportamentului social, creează handicapuri în participarea la joc şi în performanţele şcolare, generează sentimente de frustraţie. Copilul poate rămîne cu obiceiuri nepotrivite (de ex. devine mofturos) sau chiar cu tulburări de personalitate, care pot întreţine sechele. Orice defect fizic include un „risc mental" (Podolsky, 1953) : complexe de inferioritate, uneori „supracompensate" într-o neostenită dorinţă de afirmare (A. Adler). Defectele fizice împiedică accesul la unele experienţe de viaţă (Lamkau). Rămîne sentimentul că „nu eşti ca ceilalţi", deşi mulţi copii îşi pot camufla anomaliile şi ajung să-şi ignoreze particularităţile cîndva traumatizante.

Pubertatea şi adolescenţa

Pubertatea este o fază foarte importantă a vieţii individului, pentru că acum se pun bazele constituţiei sale definitive. Ea este *una* dintre fazele trecerii de la starea de copil la starea adultă, şi nu „faza" de trecere ; dar caracteristica ei este *rapiditatea* transformărilor, pe primul plan stînd maturarea sexuală (L. Mavromati, 1949). Sensibilitatea la factorii exogeni este relativ însemnată (premiză a educabilităţii ?), dar variabilă de la un copil la altul. Transformările se realizează în puseuri — şi într-o oarecare măsură independent (de unde starea de echilibru instabil). Ele sînt dirijate, în cele mai fine amănunte, de către hormoni, sub controlul nervos, diencefalic şi cortical. Din punct de vedere endocrin (dar şi psihologic), pubertatea este un proces eminamente „dialectic" (hormonii acţionează în corelaţie ; sinergismele se pot transforma în antagonisme ; din schimbări progresive ale constelaţiei hormonale rezultă — prin salturi — alte stări sau caracteristici). Dacă hormonii reprezintă factorul dinamic, soma („terenul tisular") reprezintă un factor reactiv al cărui însemnătate nu trebuie neglijată şi care este — în mare măsură — rădăcina unor particularităţi ereditare. După unii autori, în copilărie domină orientarea vagotonică, legată de anabolism şi de statica personalităţii. În pubertate, se face trecerea spre o orientare simpaticotonică legată de consum (catabolism), de viaţa de relaţie, de dinamică, de adaptare rapidă. Totodată se trece de la dominanţa funcţională a diencefalului spre o dominanţă corticală.

La pubertate revine *pe primul plan*, sesizarea şi conştiinţa propriului corp. Se poate vorbi de o „experienţă viscerală intensă" pentru care însă (în mare parte din pricina *tabuurilor* sexuale) nu există un vocabular adecvat. Modificările sînt puternice şi rapide, ameninţînd echilibrul somatic şi psihic al individului. Modificările sînt, fireşte, centrate de cele din sfera

genitală și a caracterelor sexuale secundare. De aici noi probleme pe care și le pune adolescentul — privind statutul său social și, în primul rînd, relațiile cu sexul opus.

După cercetările lui Horowitz, se întîlnește frecvent „ancorajul" eului de o anumită parte a corpului, sau de cîteva părți (*self*-localizate). Din 45 subiecți de sex masculin, 32 au dat răspunsuri pozitive ; cele mai frecvente localizări au fost capul, creierul, ochii, inima, fața, mîinile. Organele genitale sau regiunea abdominogenitală au fost indicate abia în 4 cazuri. Corpul (ca formă) și corpul (ca întreg) au fost indicate în cîte un singur caz ! Dar *self*-localizarea este numai *o fază* a evoluției eului ; din nou se observă — ca și în copilărie — o modificare către viziunea după care autoportretul este din ce în ce mai abstract, ca fiind „obiectul" care urmărește anumite valori. În esență, adolescentul își caută un nou *„eu"* și anumite „defecte" de comportament pot fi înțelese prin dorința de a se impune, de a părea că reprezintă „ceva". Procesul este mai simplu atunci cînd adolescentul are la îndemînă un obiect clar și valoros de *identificare*.

„Acceptabilitatea socială" depinde și de aparența fizică — iar acest factor este mult mai însemnat pentru fată decît pentru băiat. Înfrumusețarea eului este realizată, în mare măsură, cu ajutorul îmbrăcămintii. Menționăm că, în ultimele decenii, idealul de sportivitate a deplasat accentul către sănătate, vigoare și veselie.

Adolescența este o perioadă frumoasă, dar „ingrată" prin conflictele ce pot apărea ca urmare a transformărilor personalității. Reactivitatea și desfășurarea instinctului sexual merg mînă în mînă cu întărirea intereselor sociale și profesionale, cu îmbogățirea vieții afective, cu apariția dorinței de libertate și de independență. Nu numai inteligența se diversifică ; se precizează aptitudinile particulare. O funcție psihosocială însemnată a adolescenței este aceea de a „descoperi" mai intim ființa umană, de a stabili legături noi și pe baze noi cu semenii noștri. *Pentru că un rezultat al adolescenței este accentuarea diversificării umane, este nevoie* — mai mult decît în copilărie — *de înțelegere* pentru situația sufletească și fizică *particulară* fiecăruia, *evitarea unor măsuri rigide și șablonizate*. Adolescența este o perioadă „romantică", dar și dramatică a vieții, și în acest ultim sens se poate spune că este și o perioadă dizarmonică, contradictorie, critică. Realizarea armoniei fizice, pe care o întrupează sfîrșitul adolescenței (armonie omagiată de poeții și artiștii plastici ai tuturor timpurilor) nu se face lin, ci trecînd prin dezechilibre mai mici sau mai mari, care afectează sistemul nervos, sistemul endocrin și — uneori — și alte organe interne.

Ca regulă generală (cu foarte puține excepții), putem afirma următoarele : capacitatea de procreație apare înainte de maturizarea psihologică ; capacitatea de a stabili relații erotice afective (capacitatea de „îndrăgostire") apare înainte de apariția capacității de procreație (în condiții bune). Asigurarea „zilei de mîine", prin încadrarea productivă în munca socială se obține, în țările civilizate, cu cîțiva ani mai tîrziu decît maturizarea sexuală (acest moment coincide aproximativ cu momentul încetării creșterii). Pentru că viața sexuală umană este o relație complexă între două persoane și implică responsabilități, este o greșeală să fie începută prea de timpuriu (de exemplu odată cu apariția pulsiunii și a spermato-

genezei). Cît despre momentul cel mai potrivit pentru întemeierea unei familii, este mult mai tardiv decît începutul aptitudinii de procreare.

Pubertatea și adolescența sînt o perioadă în care împletirea factorilor somatici, psihici, sociali — în etiopatogenia multor tulburări, este foarte strînsă. Pe de altă parte, pubertatea și adolescența trebuie considerate ca vîrste de *trecere* atît din punct de vedere biologic, *cît și* sociologic, astfel încît pubertatea *psihică* devine tot mai complicată odată cu dezvoltarea civilizației (H. D. Rösler, 1967). Multe stări nevrotice sînt generate de solicitările și conflictele școlare *(didacticopsihogenii)*; se poate vorbi — în accepția mai largă — de *didacticogenie*, incluzînd boli psihogene și tulburări psihosomatice (V. Joncev).

Nevrozele acestei vîrste se caracterizează, între altele, printr-o exprimare accentuată a componentei vegetative. V. P. Belov (1967) enumeră : reacții isterice (cu gînduri de sinucidere exteriorizate demonstrativ), lamentări ipohondrice, sindroame anxioase și fobice, hiperkinezii și somnambulism, obiceiuri patologice, idei dismorfobice (și dismorfomanie !) cu anorexie mentală. Teama de a fi urît sau dizarmonic chinuie pe mulți adolescenți. Rareori — ca protest, răzbunare etc. — formele dizgrațioase sînt *căutate* (de ex. prin îngrășare excesivă). Ideea imperfecțiunii sau a dizarmoniei fizice poate genera reacții psihologice, riposte sau compensări : fuga de societate, orientarea spre preocupări în care pot fi valorificate calități spirituale sau de forță fizică, o atenție excesivă dată îmbrăcăminții și „măștilor" (omul „natural" se „artificializează") etc. *Tulburările neurastenice* se manifestă fie prin excitabilitate crescută și prin neliniște, fie printr-o sensibilitate exagerată cu sentimente de inferioritate. În multe cazuri, starea nevrotică a tînărului este o *etapă* a dezvoltării nevrotice a personalității. Pubertatea (și adolescența) sînt și epocile în care încep manifestările unor *caracteropatii* sau a unor *psihoze endogene*. Rămîne actuală și problema *sinuciderilor adolescenților :* marea majoritate a celor care au încercat să se sinucidă sînt, însă, sănătoși din punct de vedere psihic, iar riscul de-ai pierde prin recidivă este neînsemnat.

O problemă aproape caracteristică a pubertății și a adolescenței este masturbația (ipsațiunea, onanismul). De la Tissot (sec. al XVIII-lea), acestui obicei (uneori vicios) i se atribuie — pe nedrept — un rol însemnat nu numai în etiologia stărilor de epuizare nervoasă, ci și în etiologia unor boli degenerative ale sistemului nervos și în psihoze. Există rare masturbații simptomatice în schizofrenie — dar, frecvent, ipsațiunea se dezvoltă pe un fond schizotim sau schizoid, ceea ce este însă cu totul altceva decît „transformarea" unui schizoid în schizofren prin ipsațiune.

Rezumînd caracteristicile psihologice (de interes în medicina generală) ale adolescenței, Păunescu-Podeanu subliniază că ele „pot da mult de lucru medicului, familiei, instructorilor". Este, între altele, vîrsta *alunecărilor posibile* spre indisciplină, erori de comportare (cu răsunet asupra echilibrului sănătății), vicii, excese și imprudențe (nu numai sexuale) — inclusiv excese sportive sau de efort intelectual. Se menționează și eventualitatea unor „medicamente clandestine" sau a unei „patologii clandestine" (veneriene).

Îmbătrînirea trebuie înțeleasă ca un proces complex de involuție și restructurare, declin și compensare, eventual și de cîștig. Perioada dintre 45—55 (60) de ani prezintă o serie de particularități nu numai biologice, ci și psihologice și de „sociologie a vîrstelor", care impun remanieri uneori profunde ale personalității. Această „vîrstă critică" se mai numește de aceea și *Wechseljahre* sau *retour d'âge*. Caracterul critic al climactericului este mai accentuat la sexul feminin, unde modificările pe plan fiziologic sînt mai rapide și asincrone. Disritmiile și dezechilibrele de ordin homeostatic și adaptativ agravează patologia preexistentă, favorizează apariția unei morbidități specifice și influențează evoluția ulterioară a procesului de îmbătrînire. E. Greppi califică această vîrstă critică drept „prima îmbătrînire", în timp ce P. Abely observă că, *pe plan psihic*, se manifestă uneori cu acuitate sentimentul de îmbătrînire. De fapt, climacteriul poate fi considerat (Pană) ca o *răscruce* de la care se deschid căi spre îmbătrînire normală, accelerată, încetinită sau complicată. Totodată, însă, la 45—49 ani se constată un salt în expresia clinică a îmbătrînirii (Vl. Jucovski) și o ascensiune marcată a indicelui de morbiditate a populației. Acest fenomen se observă mai ales în sectorul bolilor aparatelor circulator și respirator, ale sistemului osteoarticular ca și în privința bolilor maligne. Tulburările neurovegetative și endocrine de climacteriu, afectează pînă la 75% dintre femei (Bricaire). Climacteriul poate fi și torpid, nu numai dramatic. „Criza" psihosocială este personală, familială și socială în sens restrîns.

Semnificația climacteriului feminin este multiplă. Pierderea funcției reproductive este corelată cu procesul general de îmbătrînire, reflectînd incapacitatea organismului de a mai suporta efortul gestației, lactației și protecției progeniturii pînă la deplina sa dezvoltare. În această perspectivă, încetarea funcției genezice nu trebuie considerată numai ca o consecință a unui anumit grad de îmbătrînire, ci și ca o măsură de apărare a organismului. *Premenopauza și începutul menopauzei* se caracterizează printr-o întreagă „fanfară" de tulburări subiective și funcționale, dintre care ne interesează cele grupate în *sindromul neurovegetativ* (inclusiv tulburările de somn) și în *sindromul psihic* (labilitate, irascibilitate, hiperemotivitate, anxietate). Libidoul poate fi crescut la începutul menopauzei ; în orice caz, interesul și activitatea sexuală depășesc cu mult, în timp, încetarea perioadei de fertilitate. Se ivesc, alături de semnele de defeminizare, și semne de *masculinizare* (virilizare) morfologică, comportamentală (și, totodată, o „masculinizare" a patologiei — frecvența cu care se întîlnește, de pildă, ateromatoza, crescînd brusc spre valorile de la bărbat). Este de menționat faptul că în cursul istoriei recente a avut loc o prelungire a perioadei reproductive (deci a tinereței și a maturității) atît prin apariția mai timpurie a pubertății (accelerație), cît și prin retardarea instalării menopauzei.

Atunci cînd tulburările neuropsihice au o intensitate neobișnuită, vorbim despre *complicații neuropsihice* ale climacteriului. Sînt frecvente tulburările de caracter (negativism, revendicări, supracompensări) și reacțiile nevrotice anxioase, depresive, ipohondrice, isterice, fobice, obsesionale. Menopauza este un moment favorabil declanșării (pe un teren pre-

dispus) a psihozelor maniacale (adesea cu conținut erotic), dar mai ales a celor depresive (printre care se numără și „melancolia de involuție“ descrisă de E. Kraepelin), precum și a diferitelor forme de deliruri cronice. Cristalizarea sentimentului de îmbătrînire și „devalorizarea“ feminină (cu pierderea atributelor tinereții, scăderea valorii estetice, a succesului erotic și suprimarea definitivă a capacității de procreație) sînt componentele *crizei personale* a femeii la climacteriu. Pot să apară reacții negative de non-acceptare, revoltă, regret, depresiune, panică. Adaptarea la modificările propriei persoane prin resemnare, compensare, consolare depinde de educație, de concepția de viață, de bilanțul existenței și de resursele actuale. S-a observat că menopauza este mai puțin „zgomotoasă“ din punct de vedere neurovegetativ la femeile de la țară și la cele echilibrate neuropsihic ; ea este mai puțin dramatică la femeile pentru care viața erotică n-a însemnat „axul“ existenței lor. Maladaptarea este mai accentuată la femeile singure (celibatare, văduve, divorțate, abandonate, fără copii) și neasigurate din punct de vedere material. Adesea se alterează sau se agravează relațiile conjugale. *Criza familială* poate fi atenuată sau agravată prin relațiile cu copiii și celelalte rude. Prietenia, dragostea pentru animale, profesiunea și devotamentul social, constituie adesea modalități vicariante pentru carența afectivă. *Criza socială* se poate concretiza în relațiile cu colaboratorii, la locul de muncă etc. În numeroase cazuri, activitatea pe plan profesional și social pot constitui un factor reechilibrant și compensator față de nesatisfacțiile din sfera personală, erotico-afectivă, familială. Deși exagerarea devotamentului în muncă ca și eforturile de adaptare și compensare pot dăuna sănătății (H. Schiller), deseori reorientarea personalității cu un accent suplimentar pe activitatea profesională marchează o treaptă superioară a prestației sociale. Muncitoarele care au trecut cu bine de perioada climacteriului au — prin calmul dobîndit — o influență favorabilă asupra colectivului de muncă și asupra producției (Averswald). Invers, sentimentul de panică față de pensionare *(Torschlusspanik)* este mai accentuat la femeile legate de profesie decît la cele legate mai mult de familie.

Climacteriul viril (andropauza) nu este atestat prin cercetări anatomice, ci prin date hormonale și funcționale *(potentia coeundi* scade *progresiv)*. S-au notat — rarisim — tendințe homosexuale și incestuoase, înclinația spre masturbație, dar mai ales sentimentul insuficienței, pierderea energiei și a inițiativei, a simțului de răspundere și a interesului pentru muncă ; apar faze melancolice (cu gînduri de sinucidere) și faze paranoide, sentimente de invidie sau gelozie pentru proprii copii — oricum, o *deplasare a dominantei.*

Probleme psihologice ale bătrîneții

Bătrînețea este perioada în care se evidențiază semne *de declin*. „Mecanismele“ cerebrale care alcătuiesc infrastructura psihicului se deteriorează și acest fapt este confirmat de către cercetările psihologice științifice contemporane. De exemplu, pe planul perceptiv, bătrînii sînt mai rigizi, mai „perseverenți“, reorganizarea percepțiilor se face cu greutate. Învățarea se face mai dificil. Deficitul intelectual începe însă (după Weschler) mult mai devreme (din jurul vîrstei de 30 ani). Dar, după

J. L. Horn și R. B. Cattell (1966), trebuie să deosebim, inteligența „fluidă" (mai legată de influențele biologice — și exprimîndu-se în percepția imediată, în memoria asociativă, în stabilirea relațiilor figurale) de inteligența „cristalizată" (izvor al raționamentului formal, mai legată de influențele învățării) ; numai prima scade începînd din deceniul 3, în timp ce inteligența „cristalizată" progresează. Oricum, reflexele condiționate se stabilesc mai greu, ca și diferențierile (Samțova, 1962) — fapt care pledează pentru scăderea atît a excitației cît și a inhibiției. Declinul este mai puțin rapid la grupurile care au primit o instrucție superioară. Bătrînul nu mai reacționează la excitanți afectivi slabi — de unde aparența de blazare (Conrad) și apatia ; pentru că este foarte receptiv la solicitări afective puternice, viața sa emoțională prezintă explozii, oscilații bruște. Deși, „a-patic", bătrînul este irascibil ; deși hiposensibil, este hipersensitiv. Trăirea subiectivă este mai redusă — de unde sărăcire în idei și în inițiative, „aplatizarea" conținutului gîndirii. La senzația de vid interior, se adaugă uneori și senzația unei depresiuni și unei oboseli *sui generis*. Motricitatea este mai dificilă, dizarmonică, stîngace, nesigură, rigidă. Mijloacele de expresie se reduc (incluzînd o sărăcire a mimicii).

În determinismul acestor fenomene, intervin nu numai *„hipotonia"* generală — ci, cu o participare variabilă, arterioscleroza cerebrală cu tulburările de circulație și degenerescențele („ramolismentele") consecutive.

Esențială este însă *scăderea tonusului* la bătrînețe : scad astfel izvoarele energetice ale tropismului, interesului și ale curiozității. De aceea, tonusul trebuie menținut și remontat (de exemplu prin tratament endocrin) ; se cere totodată reducerea numerică a preocupărilor pentru a evita o împrăștiere a energiei, necesară oricum întreținerii tropismelor. Individul se eliberează de grija biologică a conservării și, din cauza scăderii funcțiilor musculare, adoptă sedentaritatea : această dublă economie de forțe lasă disponibilități energetice pentru *afirmarea* pe plan mental (intelectual). Involuția, reducînd funcțiile de analiză, cresc paralel (compensator ?) funcțiile de sinteză — bătrînețea dobîndind astfel unele avantaje ale „presbiției intelectuale". Așadar, afirmarea se poate manifesta sub formă spiritualizată. Funțiile de *adaptare* se reduc prin retracție și prin izolare (ceea ce contribuie de asemenea la economia de forțe ; cresc, însă, interesele *autotropice* (de unde riscul fixărilor ipohondrice). Tropismul *heterosexual* al crizei de bătrînețe introduce un risc care poate fi prevenit grație copiilor. În copii, bătrînul își găsește complementul : „dilatare" a formelor în fața propriei retracții, „cosmotropism" în fața interiorizării, afirmarea instanțelor biologice în fața „descarnării" (spiritualizării). Cuplul „bătrîn/nepot" constituie, astfel, un factor sociofiziologic de echilibrare.

J. Dublineau crede că la bătrînețe nu ajung decît cei care au într-înșii mijloace biologice de dinamism și de afirmare, suficiente dar neexcesive. Este nevoie de rezistență, dar și de un coeficient de adaptare, care să evite o risipă de energie „cosmotropică". Este nevoie, de asemenea, la bătrînețe, de un grad limitat (optim) de socializare, care să compenseze *tendințele involutive* de retracție și antisocialitate. Moartea survine, la bătrîni, atunci cînd organismul nu mai găsește instanțe de renovare.

O atenție deosebită a fost dată *tulburărilor de somn* (dintre care numai o mică parte se datoresc scăderii mobilității și activității). Dificulta-

tea de a adormi, întreruperile, oscilațiile între somn și trezie cu scăderea simțului realului, anxietate și dezorientare (neliniște nocturnă, confuzie) — sînt aspecte caracteristice. Se vorbește despre *disomnii* (J. A. Huet și B. J. Huet, 1965) și despre *oligosomnie*, ca și despre „onirismul celei de a treia vîrste". Algiile, insuficiențele cardiopulmonare, dificultățile în digestie, autointoxicațiile explică o parte din insomnii. E. Neumayer vede în unele insomnii semne de decompensare cerebrală, prin insuficiență circulatorie și vicierea metabolismului cerebral. Ideea că bătrînii au mai puțină nevoie de somn este greșită. Somnul este, oricum, un proces de reglare (cu rol trofotrop), coordonat cerebral. Anoxemia cerebrală produce excitație, insomnie și deci regenerare insuficientă a sistemului nervos și, consecutiv, a întregului organism. În mod analog, C. Enăchescu și C. David adoptă ideea lui I. P. Pavlov după care somnul este un mijloc echilibrant, de apărare. În geneza insomniilor un rol însemnat revine și ideilor obsesive (pregătite prin emotivitate, anxietate, labilitate, nevrosism, stări de agitație, astenie, depresiune, îngustarea sferei intereselor, a activității și a relațiilor sociale). R. Tissot propune termenul de „insomnie de alarmă" pentru *insomnia simptomatică*. În concluzie, tulburările de somn la bătrîni sînt somatogene și psihogene, iar insomnia reprezintă o intrare într-un cerc vicios.

După cum am mai menționat, îmbătrînirea însemnează o *schimbare de interese*. Odată cu maturizarea, cîmpul de interese se lărgește ; odată cu îmbătrînirea, cîmpul de interese se îngustează. *Orientarea* intereselor reprezintă (după Birren) expresia adaptării la ierarhia nevoilor fundamentale. Există însă „norme de vîrstă" mai mult sau mai puțin impuse de societate, pentru anumite preocupări și pentru anumite atitudini (Johnson și Kuhlen). Individul are, de aceea, impresia că, în cursul vieții sale există *cotituri definitive* și, ca atare, „ultime ocazii" pentru a face un anumit lucru. J. Stoetzel notează că, în mediul nostru cultural de astăzi, la 35 ani o femeie se simte prea vîrstnică pentru a se mărita ; la 55 ani, un bărbat se simte prea bătrîn pentru a mai spera la o promovare socială ; la 20 ani, un student nu se simte destul de tînăr pentru a începe să aprofundeze matematica (deși, la 90 ani, Michelangelo se apuca să studieze limba greacă !).

„A fi bătrîn" este, în acest caz, o expresie relativă la o vîrstă *socială* : îmbătrînirea este un fenomen biologic dar *expresiile lingvistice* ale îmbătrînirii sînt rezultanta convențiilor și ideilor primite, respectiv a multor prejudecăți.* Este deci cazul să deosebim întotdeauna o *vîrstă calendaristică (cronologică)* de vîrsta **clinicobiologică** (nu numai *aparentă* !), de *vîrsta psihologică* și de *vîrsta socială*. Vîrsta psihologică ar fi dată (Techniczek, 1965) de gradul capacității de adaptare, în timp ce vîrsta sociologică de modul în care persoana își îndeplinește obligațiile sociale. Faptul că bătrînul acordă din ce în ce mai mult interes propriei persoane (și vieții interioare : egocentrism, introversiune, ipohondrie etc.) ar corespunde unei realități fiziologice importante : funcțiile de *adaptare* la lumea exterioară fac loc, din ce în ce mai mult, funcțiilor de *compensare* a defi-

---

* În literatura și cultura românească, elogii aduse senectuții (ca vîrstă a unor noi posibilități creatoare) au fost aduse de către S. Mehedinți, C. Rădulescu-Motru și — recent — de C. Noica.

cienţelor organismice (Trojan, 1966). Oricum, îmbătrînirea este, în primul rînd, o *restructurare* a personalităţii, în cadrul căreia lipsurile sînt mai mult sau mai puţin compensate prin experienţă şi maturizare (Szewczyk). Societatea contemporană, preferîndu-l pe tînăr, îl forţează pe bătrîn „să se menţină tînăr" şi să se apropie de obiceiurile de viaţă şi de felul de a gîndi al tineretului.

Ca alte note psihologice ale bătrîneţii, menţionăm : „remotivarea" acţiunilor şi a vieţii ; trăirea în prezent şi în trecut (paseism) mai curînd decît în viitor ; conservatorismul ; preocuparea de a face bilanţul vieţii (de unde, deseori, sentimente de nemulţumire şi de frustraţie, atitudini revendicative), scăderea sociabilităţii, dar şi sentimentul de singurătate (legat de dezangajare), intensificarea preocupărilor privitoare la moarte (cu anxietatea cauzată de decese, de religiozitate, dorinţa de a rămîne activ în conflict cu dorinţa de a se odihni).

S-a subliniat faptul că *atitudinea* (faţă de muncă, viaţă, propriul „eu") — este *hotărîtoare* în evoluţia (socială, medicală, psihologică, biologică) a bătrîneţii. Se consideră că o bună funcţie a „ego"-ului depinde nu numai de inexistenţa unor boli fizice sau a invalidităţii, ci mai ales de *existenţa speranţei* (şi a unei doze de umor). Teama de moarte, *teama de îmbătrînire,* impresia de ratare a vieţii, sentimentul inutilităţii sociale — complică psihodinamica bătrîneţii. Relaţiile cu ambianţa microsocială (familia etc.), reprezintă o problemă complexă asupra căreia nu putem insista. *Invaliditatea* la domiciliu poate crea un plus de integrare familială, sau — dimpotrivă. Nu rareori bătrînul devine tiranic şi pretenţios — exploatează „avantajele bolii". Esenţială este atitudinea faţă de bătrîni şi „rolul" social care li se acordă (variabil cu poporul, cu epoca istorică, cu clasa socială etc.). Între bătrînul, respectabil prin aceea că este bătrîn şi bătrînul „parazit" (în mentalitatea primitivă) se intercalează trepte variabile de prestigiu, apreciere, simpatie, valorizare, valorificare. La împlinirea vîrstei de 80 ani, A. Maurois declara : „arta de a îmbătrîni este arta de a apărea în faţa generaţiilor care vin după tine, ca un sprijin şi nu ca un obstacol, ca un confident şi nu ca un rival". Iar D. I. Suchianu se consideră „un bătrîn de viitor". Oricum, sînt de reactualizat şi cuvintele lui Voltaire : „a îmbătrîni este singurul mijloc de a trăi mai mult".

Există *tipuri* de îmbătrînire şi de bătrîni, mai curînd decît *stereotipuri* (B. S. Aaronson, 1966). Pe plan biologic, se pot deosebi tipuri de îmbătrînire : 1) după predominanţa leziunilor şi a dismetabolismelor (tipul displastic, distrofic, cu îmbătrînire „substanţială") ; 2) după predominanţa tulburărilor energetice şi funcţionale ; 3) după predominanţa tulburărilor de reglare (cibernoze, patologie a homeostaziei, patologie informaţională). O importanţă anumită revine îmbătrînirii *asincrone* a aparatelor şi organelor. Îmbătrînirea este „diferenţială" pentru că ea este „o sinteză istorică a ceea ce individul a fost în cursul vieţii" (Escoffier-Lambiotte, 1967). Nu trebuie să uităm că *viaţa îndelungată* poate fi o premiză pentru un anumit tip de realizări (să ne gîndim, de exemplu, la unele aspecte ale creaţiei lui Goethe şi ale lui T. Arghezi). Se pare că *dezvoltarea* individuală, dincolo de faza timpurie a maturităţii, este personală, *idiosincrazică.* Diferenţele individuale sînt *accentuate,* şi nu *atenuate* prin îmbătrînire (cel puţin de-a lungul unei anume perioade).

Echilibrul între concepţia despre sine, comportare şi relaţiile cu ceilalţi — este rupt în raport cu cerinţele vieţii ; este aşadar nevoie de *rearanjări*. Firele care leagă pe individ de „ceilalţi" se desfac, din cînd în cînd — şi aceste faze *tranziţionale* se însoţesc de anxietate şi de depresiune, urmate (în cazurile fericite) de seninătate şi autoacceptare (teoria *dezangajării* în varianta expusă de Cumming şi Henry, 1961). Intervin atît procese interne, cît şi factori externi (de exemplu *experienţe nodale*), care pun în joc mecanisme de luptă şi mecanisme de apărare (Kroeber, 1963). Trebuie evitată supraaprecierea factorilor biologici, căci *decremente* ale funcţiilor fiziologice pot duce la *incremente* în funcţiile psihice (cum a arătat încă A. Adler). Paralelismele psihofizice sînt posibile sau frecvente, dar nu necesare. O concluzie practică este necesitatea de a face diagnosticul diferenţial între simptomele *tranziţionale* şi cele *regresive*, între manifestările de *autoactualizare* şi cele *nevrotice*. Unii autori (L. Copelman, 1965 ş.a.) au deosebit *crize de involuţie* ce decurg în timp scurt, intercalîndu-se faze de îmbătrînire lentă.

S-a vorbit despre „stiluri de viaţă" (A. Adler) şi în gerontologie.

Ni se pare îndreptăţită părerea celor care susţin că întreaga viaţă trebuie să fie o *pregătire pentru bătrîneţe*. Această pregătire constă (D. C. Ausman, 1960, ş.a.) în menţinerea *flexibilităţii* personalităţii, în interese vii şi multiple, înnoite, corespunzător vîrstelor — în învăţarea metodelor de relaxare şi de distracţie ; autorul subliniază rolul „salvator" pe care-l are interesul purtat altei fiinţe. Dar o bună pregătire pentru bătrîneţe include şi grija pentru sănătate. S-a constatat (M. Taves şi G. Hansen, 1962) că numai un sfert din bătrînii care şi-au neglijat sănătatea au o bună adaptare personală după vîrsta de 65 ani.

Şcoala românească de gerontologie şi geriatrie (Ana Aslan şi colab.) a studiat amănunţit *îmbătrînirea ortogeră* ca şi factorii ce pot duce la o îmbătrînire precipitată sau precoce. Rolul *stress*-ului socioeconomic şi al factorilor psihologici în îmbătrînirea precoce este atestat prin cercetări speciale. Tipul de activitate nervoasă superioară joacă un rol însemnat în obţinerea unui ritm de îmbătrînire obişnuit ca şi în longevitate (favorabil este tipul echilibrat mobil). Alţi factori de îmbătrînire precoce ţin de igiena mediului fizic ambiant sau de condiţiile de muncă. Antrenarea funcţiilor de reglare şi de adaptare (de ex. prin exerciţii fizice) este *calea de profilaxie a bătrîneţii (şi de „macrobioză")* recomandată azi (spre deosebire de „cruţarea" şi de cocoloşirea, recomandată altădată).

A. Păunescu-Podeanu (1981) notează plastic că, uneori, bătrînii ajung „adevărate cazuri-problemă pentru aparţinătorii lor şi pentru medici". Sub raportul psihologiei medicale ei manifestă foarte des „tendinţe şi manifestări neadecvate", fiind pacienţi dificili, nedisciplinaţi, neconciliaţi, nemulţumiţi de medicii lor, ipohondrici. Sînt, de obicei, bolnavi multipli, complecşi, patologia lor fiind frecvent înşelătoare. Cunoaşterea situaţiei lor mentale este o premisă a terapeuticii eficace şi se impune pentru aprecierea justă a plîngerilor lor, ca şi pentru evitarea riscurilor medicamentoase (automedicaţie, înţelegere greşită a posologiei etc.).

Date pentru o psihologie medicală a femeii

Unele trăsături psihologice, psihofiziologice și psihosociologice ale femenii merită o mențiune specială în cadrul abordării „tipologice" a problemei, pe care o încercăm.

Nu s-a scris încă un tratat corespunzător de medicină a femeii (pentru care am propune termenul de *teliatrie*, sau de *ginologie* — spre deosebire de *ginecologia*, care s-a dezvoltat excesiv sub lozinca *mulier toto in utero)*. Declarații programatice a făcut A. Binet, dar cea mai masivă contribuție — astăzi depășită din multe puncte de vedere — rămîne cea a lui B. Aschner.

Femeia are o fiziologie ciclică, iar oscilațiile periodice ale organismului afectează nu numai viața somatică, ci și viața sufletească. Limitele dintre *sănătate* și *boală* sînt de aceea mai puțin nete, iar leziuni compensate se pot decompensa, procese latente pot deveni patente în anumite faze ale ciclului. La baza acestor „demascări" stau dezechilibre hormonale sau neurovegetative, fenomene vasomotorii (congestive) și spastice, reacții alergice și autointoxicația. „Tensiunea premenstruală", „*molimen*-ul catamenial", sindromul de ovulație — sînt stări cvasimorbide de hipersensitivitate, inconsecvență, confuzie, exagerare, agresivitate. După I. Macavei, „perioada critică majoră" de maximă labilitate psihică este cuprinsă între ziua a 25-a a unui ciclu și ziua a 33-a a ciclului următor, în timp ce „perioada critică minoră" este cuprinsă între zilele a 11-a și a 17-a. În perioada critică majoră, se localizează majoritatea delictelor și crimelor comise de femei (Cooke și Morton, Hoffman, K. Dalton), majoritatea accidentelor de circulație provocate sau suferite de femei, majoritatea greșelilor profesionale. Femeile internate în spital prezintă frecvent, în această perioadă, atitudini neobișnuite și incomode, cum ar fi : nemulțumiri nemotivate, certuri, abateri disciplinare, conflicte nefondate etc.

Dezechilibre hormonale la pubertate, în sarcină și la menopauză se găsesc în etiologia multor boli, inclusiv în psihoze. Eventualitatea lor nu trebuie subestimată ; această subestimare este o *greșeală psihologică frecventă* a medicilor practicieni și omnipracticieni (generaliști).

După Macavei (1963), cercetarea biotipologică are o mare valoare în clientela feminină. Circa 55% dintre femeile mature se încadrează într-un tip ortosexual (normogenital și „normovirilizat") ; restul sînt hipo- sau hipergenitale, hipo- sau hiperginoide. Orice abatere de la acest tip este o predispoziție la labilități neuropsihice și la „endosimpatoză pelviană" (E. Mayer). Prin acest termen, se înțelege o stare de sensibilitate exagerată a centrilor vegetativi și corticali față de interocepțiile genitale fiziologice, un gen de ginecopatie nevrotică — frecvent legată de anorgasmie (probabil și un efect al acesteia).

O altă tipologie este propusă de Waterhouse (și adoptată de Păunescu-Podeanu) : *femeia sclavă model, femeia îndrăzneață* („mamifer de lux" — după Pitigrilli), *femeia maternă, femeia de tip masculin.*

Oricum (spune autorul român), femeia este o ființă mai complicată decît bărbatul, cu surse de îmbolnăvire somato-psihică pe care acesta nu le are. (Sursele psihosomatice au fost expuse într-o monografie specială, de C. Daniel).

La femeie, sfera genitală, viața sexuală și impregnarea hormonală cu hormoni sexuali au un răsunet foarte marcat asupra organismului și asupra personalității. Hiperfoliculiniile absolute și relative se manifestă deseori prin sindroame cenestopatice, prin spasmofilie cu anxietăți și depresiuni. Isteria a fost întotdeauna mult mai frecventă la femei (de unde și numele). În general, femeia nu poate face abstracție de „sarcina" ei biologică, care este tocmai sarcina — maternitatea aducîndu-i împlinire și sens existenței. Se citează cazul unei femei care pretindea pensie de invaliditate deoarece, în urma a două sarcini tubare, rămăsese sterilă ! Dar o mare parte din agitația (uneori „somatizată") a femeii, este legată de teama sau de dorința de a rămîne însărcinată. Diviziunea aceasta „biologică" a muncii de procreație este însoțită, în societatea noastră, de „sarcini" gospodărești și de educare a copiilor, astfel încît viața femeii-mame (și a femeii care alături de profesiune face și gospodărie) este mult mai obositoare (și consumă mult mai mult timp) decît pare la prima vedere ; de aici fenomene de surmenaj, nemulțumire, frustrație, nevroză.

Preocupările feminine pentru aspectul exterior al persoanei, ornamentație, frumusețe, — au frecvent consecințe patologice (corset, tocuri înalte, cosmetice) și reprezintă totodată o solicitare specifică a medicului (cosmiatire, chirurgie estetică, dermatologie etc.). Se menționează situații în care bolnava, în șoc după o sarcină extrauterină cu ruptură tubară, nu uită să ceară operatorului o incizie Pfannenstiel (care nu afectează estetica abdomenului, putînd fi camuflată de părul pubian). Un semn de prognostic bun în convalescența după episoade medicale și chirurgicale grave poate fi folosirea oglinzii.

Trăsături de psihologie „specific" feminine pot complica relația medic-pacient (pudoare etc.). Ele erau uneori hotărîtoare în trecut. Femeia de azi se adresează adesea mai curînd medicului-bărbat, decît doctoriței, căutînd în el un substitut de tată, frate sau fiu, un confident, un sfătuitor — uneori un admirator. Femeia așteaptă de la medic o *anumită atitudine* corespunzătoare nevoilor sale sufletești și nu neapărat un diagnostic sau tratament. Pentru femeie, starea de boală ușoară, de suferință cronică „dusă pe picioare" este considerată aproape ca o stare normală ; multe femei *pretind* să fie privite ca bolnave, în orice caz să fie luate în serios pentru lamentările lor. Unele „poartă de grijă" bolii, aproape o cultivă — deoarece boala este o „rezervă pentru orice eventualitate", solicită atenție și chiar compasiune, este o cale de a exercita presiuni morale, le „face interesante" (avantajele bolii). Situația este frecventă la personalitățile accentuate pe care Leonhard le-a numit „demonstrative". În schimb, este oportun ca în cazul prezenței unei afecțiuni serioase, situația să nu le fie descrisă în lumini sumbre și tragice.

Bărbatul face deosebire între „nu mi-e bine" și „sînt bolnav" ; femeia consideră că orice abatere de la starea de *bien-être* este boală. Anchete psihologice au arătat că femeile sînt mai „nemulțumite" de corpul lor decît bărbații : ultimii caută să înfrunte neplăcerile trupești, chiar pînă la subestimarea și negarea simptomelor importante. R. Titchener (1963) susține că femeile sînt de obicei hiperreactive la boală, în timp ce bărbații tind să „reziste" excesiv. Poate că în condițiile culturale actuale, accentul pus pe atracția fizică hipersensibilizează femeia la neplăcerile

aduse de trup. Oricum, dragostea față de propriul trup *(body-cathexis*, L. C. Johnson, 1956) este un factor important în determinismul plîngerilor cu substrat somatic.

Femeia are frecvent *presentimente* și *intuiții* de care este bine să se țină seama. După L. Levi, femeile cu presentimente validate sînt, mai ales, femeile cu puternică retenție hidrică premenstruală (femeile „acordeon“). Spre deosebire de ceea ce se recomandă de obicei, noi susținem că un coeficient de premoniție veritabilă trebuie suspectat și respectat — și nu luat în derîdere ca o superstiție stupidă ; bineînțeles că nu orice impresie subiectivă, coincidență anxiogenă sau prejudecată fac parte din clasa largă (dar confuză) a fenomenelor parapsihologice autentice.

La femei, sindroamele psihosomatice ușoare sînt frecvente ; frecvente sînt „cochetările“ cu boala, ca paravan pentru conflicte familiale (se caută „justificări“ în sectorul patologiei). Așa s-ar explica multe cazuri de prurit vulvar, de cancerofobie etc.

Femeia *internată* are sensibilități și particularități de reactivitate de care trebuie să se țină seama, pentru a evita disfuncții ale grupului microsocial spitalicesc. Gradul de satisfacție a bolnavelor reflectă atitudinea medicului față de ele și, de asemenea, uniformitatea (nepreferințială) în acordarea atenției.



Femeia în calitate de *personal medical* reprezintă o problemă de etnografie, de istoria culturii, de psihologie socială. Ca o relicvă a situației matriarhale (?) și a valorii simbolice a maternității — au rămas prin tradiție preocupările de terapeutică magică și populară („doftoroaie“, „leacuri băbești“) și moșitul. Femeile preotese și femeile deținătoare de ritualuri antidemonice s-au întîlnit în numeroase culturi antice și exotice. Multă vreme obstetrica a fost „monopolul“ sexului feminin.

În societatea europeană, profesiunea medicală a fost pînă la sfîrșitul secolului al XIX-lea puțin cultivată de femei, pe alocuri chiar prohibită (deși femei-savante în medicină au fost menționate în analele universităților, de pildă a celor italiene). Prima româncă medic, d-na Cuțarida, a fost criticată de ziarele vremii pentru a-și fi ales o profesiune în contradicție cu „delicatețea sufletului feminin“ ! În aceeași perioadă, Ughetti nu era nici el entuziasmat de performanțele medicale ale femeilor. Dimpotrivă, Mantegazza găsea femeilor calități necesare unui practician : afecțiune, prevedere, delicatețe.

Experiența ultimelor decenii a arătat că femeia reușește frecvent mai bine decît bărbatul în specialități ca : pediatria, stomatologia, laboratorul. În ginecologie, succesul este variabil, deoarece nu totdeauna femeia-medic este în stare să o înțeleagă pe femeia-pacient și intervin, la ambele aspecte subiective care alterează relațiile, de exemplu gelozia și invidia (pentru soț, copii, calități fizice etc.). Unele obstetriciene asistă „din inimă“ parturienta numai pînă cînd s-a născut copilul. În Europa, femeia-pacient este mai dispusă să se încreadă unui medic-bărbat. Cea vîrstnică, acceptă o doctoriță tînără — pe care o consideră ca pe o fată, cea tînără — pe doctorița bătrînă, în care vede o mamă. Pentru multe femei, doctorița este un fel de femeie în „rol de bărbat“ și ca atare este obiectul multor

critici deplasate la aspecte neesențiale (îmbrăcăminte, aspect fizic etc.). În multe țări mai puțin dezvoltate, medicul-femeie are avantajul de a putea fi acceptată de femeile căsătorite — altfel supuse restricției în ce privește contactele sociale cu bărbații străini. Recent, s-a verificat rolul personalului feminin medical și de asistență socială — ca și al organizațiilor de femei — în planificarea familiei, ca și în educația sexuală postmaritală.

Este unanim acceptată și elogiată femeia în *îngrijirea* casnică sau spitalicească a bolnavilor. Termenul de „soră" nu pare a fi ales sau menținut în mod întîmplător. Menționăm că printre cei dintîi care au folosit infirmiere *laice* se numără Pirogov în Războiul Crimeii. O atenție deosebită o merită recunoașterea contribuției femeilor în opera de asistență socială, de filantropie și igienă socială, de *Cruce Roșie* etc.

Psihologia gestației și a parturientei

Problema așa-numitului „instinct de reproducere" necesită revizuiri continui. H. Ellis (1934) a argumentat teza după care, la animalele superioare, există un impuls sexual (care apropie cele două sexe, pentru ca fecundația să aibă loc) dar și un instinct parental care asigură viitorul descendenților. După Techoueyres (1938), dragostea maternă alcătuiește diferența esențială între psihologia celor două sexe ; ea are o origine biologică, în timp ce dragostea paternă ar fi de origine socială (rezultat al obișnuinței în cadrul vieții de familie). Gina Lombroso (1924) vorbise de *alterocentrismul* femeii rezultat dintr-un transfer al egoismului : „mama se iubește în progenitura ei". Freud considera și el că sistemul mamă-sugar este „simbolul oricărei relații amoroase". Etologii de azi (I. Eibl-Eibesfeldt ș.a.) văd în această relație *originea* sentimentelor pozitive.

Desigur, capacitatea biologică de a procrea nu înseamnă, întotdeauna, prezenta unei structuri *psihice* în conformitate cu această stare (Wengraf). Cercetări *ad-hoc* au arătat că există frecvent un resentiment față de sarcină la femeile frigide și există date clinice și experimentale care sugerează legătura între impregnarea cu progesteron („hormonul mamei", spre deosebire de foliculină, „hormonul femeii") și, mai ales, cu prolactină pe de-o parte, și apariția tandreței de tip matern, pe de altă parte.

S-a încercat schițarea profilului personalității femeilor cu avorturi habituale (Tupper) — deosebindu-se însă femeile care nu pot accepta responsabilitatea maternității, de femeile singure care nu pot accepta atitudinea societății față de „copiii din flori".

Fl. Dunbar a legat sarcina ce decurge în condiții bune, cu copil „dorit", de dragostea reușită între parteneri. Modificările în homeostazia de sarcină depind de reacțiile psihice ale mamei față de starea de graviditate, repercutîndu-se asupra dezvoltării produsului de concepție. În special anxietatea mamei a fost considerată ca un factor nociv pentru *personalitatea* produsului de concepție, ca și pentru *organismul* acestuia. *Stress*-ul emoțional în perioada prenatală ar duce frecvent la feți subponderali, hiperiritabili, cu tub digestiv sensibil și, cîteodată, cu intoleranțe la laptele matern (Sontag).

Principala problemă la mamele inadaptate psihic nu pare a fi obținerea unor descendenți sănătoși, ci dezvoltarea atașamentului pentru nou-născut (L. Prodan jr.). Atitudinea față de o sarcină, la început nedorită, se poate schimba, de exemplu sub imperiul sentimentului de vinovăție al unei datorii neîmplinite. Dar la construirea acestei atitudini contribuie aversiunea față de starea fizică schimbată (Dunbar), teama de necunoscut, frica de durerile nașterii. În timpul nașterii (ce decurge, la noi, azi, aproape în totalitate în instituții sanitare, deci nu în mediul familial și familiar) mai intervine un sentiment de singurătate. Frustrări de afecțiune maternă sau conjugală duc, cîteodată, la o exagerată fixare afectivă față de fătul intrauterin ; după naștere, apare o dezorientare la constatarea faptului că copilul are o proprie identitate și este mai puțin dependent. Pe de altă parte, parturiția o lipsește pe mamă de legăturile kinestetice cu fătul. Brusca comutare hormonală alcătuiește un fond propice pentru grefarea stărilor depresive reacționale.

„Momentul" nașterii este favorabil pentru explorarea psihologică și axiologică a femeii (L. Prodan). Explorări sistematice au arătat marea frecvență a cauzelor de origine socială, economică, profesională, culturală etc. — în etiologia cazurilor de „copil nedorit". Cauze biologice intervin și ele, ca și în cazurile de „copil dorit" cu intensitate (sarcina recomandată ca tratament). Dorința de a avea copii nu răspunde numai unei porniri biologice, ci și unui conformism („lucru firesc") apropiat de sentimentul datoriei sau unor valențe simbolice (simbol al dragostei între parteneri ; feminitate demonstrată prin progenitură) și axiologice (avantaje materiale). *Cauzele propriu-zis familiale* care îndeamnă femeile la a avea copii țin de cimentarea căsniciei, de dorința expresă a soțului, de considerente privind continuitatea de-a lungul generațiilor.

Acceptarea sarcinii sau nou-născutului se relevă nu numai în acte de comportament (inclusiv de comportament verbal), ci și în reacții psihosomatice.

În cercetări făcute pe *gestante multipare* care aveau în antecedente avorturi spontane, Ursula Șchiopu și Magdalena Munteanu (1979) au constatat locul central pe care-l ocupă anxietatea. Dacă gestantele urmărite fac eforturi (în plan conștient) pentru menținerea sarcinii, cu dorința aproape obsesivă a maternității, există frecvent o rejectare inconștientă întreținută de experiențe asociate (refuzul identificării cu propria mamă, frica de a pierde afecțiunea celor din jur, sentimente de culpabilitate). Analiza viselor simbolice dezvăluie fie atitudinea negativă față de sarcină, fie nevoia rezolvării fantastice a stărilor actuale de disconfort. Deși sarcina este biologic un proces normal, ea reprezintă „o stare excepțională care pune în evidență toate resursele fizice și psihologice ale femeii... un obstacol peste care femeia trece cu destul de mare dificultate".

Corelații psihice ale unor boli acute și cronice

Generalități

În capitolele despre durere și anxietate — ca și în cel despre reacțiile personalității față de boală — schițam cîteva dintre aspectele ce urmează să fie continuate și concretizate în cele ce urmează.

„Impactul" bolii asupra persoanei se face la diferite nivele și după diferite modalități. Considerînd persoana ca un sistem structurat, susținut de o individualitate biologică, vom deosebi influențele care se petrec în elementele structurii anatomice (de ex. alterarea toxică a neuronilor, modificări de cronaxie ale fibrelor nervoase) de *reacțiile* persoanei ca ansamblu psihofizic, cu eventualele ei *riposte* și *compensări ;* vom deosebi, de asemenea, fenomenele de *deficit* de fenomenele de *liberare* (prin slăbirea unor funcții de control) ; fenomenele de *dezintegrare* de procesele de apărare etc. Personalitatea este *alterată* de boală, dar totodată poate lua *atitudine* față de boală.

S-ar putea schița o „listă" de *efecte posibil negative* și de *efecte posibil pozitive* ale bolii „în genere". Boala crește egocentrismul, egoismul și iritabilitatea ; scade libertatea (inițiativa, mobilitatea fizică și spirituală, energia, rezistența). Boala face să regreseze, disociază și, uneori, degradează personalitatea ; acesteia îi scade capacitatea creatoare și obiectivitatea, îi slăbește rațiunea și voința ; sporește sugestibilitatea și intensifică viața afectivă (care devine, însă, mai rudimentară). În unele cazuri, se poate vorbi de reducerea „personalității" la rangul de „simplă persoană" și, mai departe, la cel de „simplu individ biologic". Boala alterează temperamentul și caracterul ; nu numai că scade capacitatea de muncă, dar interferează diferitele aptitudini (C. Belciugățeanu). Boala schimbă, în orice caz, momentan sau durabil, ierarhia valorilor (de pildă, sănătatea devine un „bun suprem" ; efortul combativ pe plan social este privit cu antipatie). Pe plan psihosocial, boala poate duce la un complex de inferioritate, la „rușinea de oameni" cu ocolirea lor (însingurare). Ea poate determina nu numai o exacerbare a egofiliei, dar și o netă mizantropie, sentimente de ură față de ceea ce este pozitiv, dorința de a îmbolnăvi pe alții sau aceea

de „a îngropa universul sub ruinele tale“. Proiectarea viitorului e amenințată, de unde adoptarea filozofiei lui *carpe diem*, cu relaxarea controlului moral și exacerbarea setei de gratificații (nu numai intelectuale). Pe plan propriu-zis spiritual, boala poate însemna *conversiuni* religioase : ateism sau, dimpotrivă, bigotism. Boala înseamnă relevarea fragilității, a suferinței, a „răului“ care există în lume — de unde atitudini pesimiste, fataliste, nihiliste etc.

După Bloch și Sivadon (1963), orice atingere a integrității persoanei duce la o reacție de protecție de tip regresiv. Organismul se închide spre sine în sensul poziției fetale și caută condițiile ce permit să-și reducă contactul cu un mediu prea eterogen. Organismele animale superioare tind să găsească o protecție de tip parental, relația dintre cel îngrijit și cel care-l îngrijește reproducînd întrucîtva „fixarea“ puiului de adultul din preajmă [întipărirea *(Prägung)* descrisă în etologie, studiată de către Lorenz și Tinbergen]. Se reiau atitudini infantile, dintre care cele mai caracteristice sînt : a) *reducția temporospațială* (bolnavul trăind în „aici“ și „acum“, nu suportă nici așteptările) ; b) *egocentrismul* (într-un înțeles apropiat de cel folosit de J. Piaget) ; c) *dependența,* ușor lunecînd spre tiranie (bolnavul are nevoie de alții care să-l îngrijească, dar să-i și dea atenție). Corolarul acestei regresiuni este *transferul* atitudinilor sale infantile de altădată față de anturajul parental, către personalul care-l îngrijește. La acest personal pot apărea atitudini complementare de *contratransfer,* de atașament de tip matern sau patern (ca în tratamentul psihanalitic). Firește că o comunicare afectivă neadecvată poate genera atitudini ostile și comportamente vecine cu sadismul. Autorii susțin că atitudinile de transfer și contratransfer, în regresiunile profunde, sînt desexualizate ; dar ele îmbracă aspecte de tip erotic în regresiunile mai ușoare (în boli mai puțin grave), ca și în cursul ameliorării. Vindecarea implică o reluare a autonomiei persoanei. Există, așadar, o dublă cerință : bolnavul trebuie să regreseze pentru a putea fi mai bine îngrijit, dar să-și recapete autonomia pentru a se vindeca mai bine.

Boala are însă și eventuale efecte *pozitive,* care pot fi majorate printr-un *bon usage de la maladie* — după expresia lui B. Pascal. Ea duce — prin contrast — la o înaltă apreciere a sănătății, a vigorii, a trupului, a simțurilor, a clipei. Pe planul valorilor, ea obligă la o reconsiderare a țelurilor și a aprecierilor, cu o reprimare a preocupărilor futile și vane. Această restructurare a tablei de valori este bine exprimată în jurnalul Katherinei Mansfield. Semnalarea fragilității persoanei poate determina hotărîrea de a renunța la *amînări,* pentru a trece — imediat ce va fi posibil — la luptă, realizare, creație. Un asemenea prilej de *reconsiderare* este și un prilej de *spiritualizare.* Suferința este o școală — spunea O. Wilde în *De profundis.* Oricum, ea poate crește empatia și simpatia pentru alții, poate dezvolta spiritul de înțelegere și de iertare. Dar și simpla deconectare de activitatea zilnică, ca și simpla „deproblematizare“ în acest sector al tensiunilor cotidiene și rutiniere, poate fi privită ca un efect *virtualmente pozitiv.* Meditînd asupra bolii, bolnavul poate cîștiga o filozofie pozitivă, în care se asociază admirația pentru „miracolele“ corporalității, ale lui *De corporis fabrica* (cum spunea Vesal) și pentru puterea vindecătoare a naturii (*vis medicatrix naturae*), cu note de materialism dialectic spontan (faptul interdependenței somatopsihice) și cu

note de etică a toleranței. Nu este mai puțin adevărat că, la o minoritate de bolnavi, se ajunge la elaborarea unei filozofii a hazardului și a absurdului, a unui ateism *sui-generis* etc.

Medicului îi incumbă o reală răspundere în a *susține efectele pozitive* ale bolii și în a combate *efectele negative*. Trebuie ca el să lupte împotriva „cercurilor vicioase", care duc la depresiune și la viziune pesimistă — punctul de plecare a lor fiind cenestezia perturbată și durerea. Întreg haloul afectiv legat de starea de boală poate fi influențat pe cale de contact interpersonal și pe cale de *cultură*.

Menționăm, în fine, că starea de boală (inclusiv spiritualizarea) sînt un bun prilej de educație sanitară și de îndrumare rațională în privința „artei de a trăi".



Cînd vorbim despre „reacțiile" la unele boli acute sau cronice, ne gîndim desigur, mai întîi, la un tablou *specific* al „simptomelor" psihice, adică la un tablou *alospecific*. În realitate *faciesul* bolii, „patoplastia" (Birnbaum) sa — este, mai ales pe plan psihologic, *idiospecific**. Cu cît este mai puternică noxa exogenă și cu cît contează mai puțin predispoziția endogenă, cu atît mai pur este așa-numitul „tip de reacție exogen" (adică cu atît mai *alospecific* este tabloul). Cînd noxa exogenă este slabă, iar predispoziția este puternică, tabloul de „reacție" este colorat endogen (Krisch, 1920) sau idiospecific. Se pot deosebi simptome *obligatorii* (alospecifice) și simptome *facultative* (alospecifice sau idiospecifice). Reamintim că multe dintre simptomele psihice *obligatorii* pot fi „nespecifice" din punct de vedere al diagnosticului (de ex. cefaleea, oboseala).

Durerea este considerată de către unii autori un simptom subiectiv *somatic*, în timp ce schimbarea de poziție, de exemplu, ar fi un *simptom subiectiv psihic*. (J. M. Crawford, 1963).

Simptomele subiective sînt cele care alcătuiesc *tabloul nosologic* : dar — repetăm — nu orice manifestare psihică a bolnavului legată de boală este un simptom. Ansamblul de simptome trebuie reconstituit ținînd seama de istoria apariției lor și de conexiunea cu istoria semnelor obiective. După autorul citat, observarea comportării bolnavului este analoagă inspecției, iar ascultarea declarațiilor sale este analoagă auscultației ; autorul vorbește de o „psihopalpație", care se dobîndește prin experiență clinică.



Nu este oare exagerat să afirmăm că un studiu detaliat al modificărilor psihologice imprimate de fiecare stare (entitate) morbidă ar avea, pentru clinician, o valoare tot atît de mare ca și expunerea simptomelor și a semnelor obiective ? Homeopații susțin că nu este nici o exage-

* Reamintim că termenul *alospecific* se folosește pentru a desemna reacțiile din care se poate citi calitatea și cantitatea excitantului (de ex. anticorpul, percepția adecvată) iar termenul *idiospecific* pentru cele care relevă doar însușirile sistemului reactiv (de ex. contracția fibrei musculare după legea „tot sau nimic" sau iluzia).

rare. Însă *capacitatea* de a constata și a expune — de exemplu o simptomatologie subiectivă nuanțată — este extrem de variabilă de la un individ la altul.

Istoria psihologică a bolii este săracă în cazul siderării bruște a organismului — de pildă în infecții sau intoxicații acute — cînd funcțiile organismului sînt obnubilate sau dezagregate. Studiul afecțiunilor mai benigne este mai interesant — și foarte interesant devine studiul afecțiunilor cronice.

Pe plan afectiv, întîlnim interesarea sensibilității la durere și la suferință, interferarea reacțiilor emoționale, temperarea sau sublimarea pasiunilor ; apar sentimente de destindere, de revoltă etc. Exteriorizarea cuprinde gama variată de la atonie, pasivitate — la exuberanță, combativitate, agitație. Bolnavul trăiește aspecte (uneori noi !) de teamă, anxietate, angoasă, desperare. *Tendințele instinctive* sînt altfel orientate : se remarcă atenuarea celui sexual, prevalarea celui de conservare și de posesiune (egoism). Ultimele sînt corectate prin instanțele morale sau religioase (resemnare etc.). *Caracterial,* bolnavul devine un om dificil, „acru" — cîteodată mai stăpîn pe sine, de obicei mai labil. Este neîncrezător, nemulțumit, pretențios, ultrasensibil la atenția care i se dă.

În bolile acute, individului i se impune o adaptare rapidă greu de realizat : reacțiile pot fi violente. Dar modificările psihologice sînt *fugace,* ele nu impregnează și nu restructurează durabil (sau definitiv) fondul mental. Toate planurile și sectoarele eului sînt perturbate (modificări globale). Bolnavul este de obicei credul și sugestibil.

În schimb, *în bolile cronice,* asistăm de multe ori la o transformare durabilă a Eului care se face în mai multe faze — de la teamă și anxietate, prin revoltă, la o alterare supărătoare a afectivității, a simțului de datorie și, în general, a simțului social. Preocupările progresive în sectorul vegetativ-organic determină o reducție a vieții intelectuale. Nu rareori se exacerbează simțul artistic și *creativitatea* artistică (ca și cum o impregnare toxică, moderată, ar constitui prin ea — însăși un stimulent). Modificările *pozitive* în sectorul caracterului se observă numai la structurile puternice („suflete tari") ; firile slabe se lasă copleșite. Unii bolnavi devin amorfi, inconștienți ; la alții se exacerbează genialitatea. Se reorganizează conduita, viața personală și socială în funcție de capacitățile restante și de obiectivele noi (sau vechi) ale vieții. K. Goldstein a observat că, la bolnavii cu leziuni cerebrale scăderea capacității de a „domina" un mediu divers și de a se adapta la o viață cu elemente de neprevăzut generează un deosebit spirit de ordine și tabieturi conștiincios pretinse și respectate.

Cerințele bolnavului în ce privește terapeutica și comportarea medicului sînt discutate în alte capitole.

Problema cea mai serioasă a bolilor cronice este reîncadrarea în viața normală, „re-abilitarea" — primejdia majoră fiind conservarea unei *organizări mentale patologice,* dincolo de sfîrșitul (sau de echilibrarea) procesului organic (somatic).

Corelațiile psihice ale bolilor cuprind influențe de ambele sensuri : „reacții“ psihice la boală și „reacții“ ale procesului morbid la procese psihice. Interacțiunea poate fi de tip „ciclu vicios“ (agravare reciprocă) sau, dimpotrivă, favorabilă vindecării și recuperării.

„Sindromul psihic de însoțire“ poate fi privit din foarte multe puncte de vedere, din care menționăm cîteva :

a) *nosologul* se întreabă despre valoarea sa diagnostică și se va interesa de anamneză ;

b) *clinicianul* terapeut se interesează și de implicațiile sale în tratament ;

c) *psihometricianul* e mulțumit dacă poate stabili un tabel analitic de variații cantitative ale aspectelor investigate (memorie, atenție etc.) : el va furniza cifre care să arate în *ce procent* de cazuri există *abateri* de o anumită amploare ;

d) *psihiatrul* va tinde, mai ales, să pună „etichete“ de sindrom sau maladie (delir, confuzie, sindrom depresiv etc.) — însă psihologia medicală clinică *nu* este o „mică psihiatrie“ ;

e) *neuropatologul* va observa, eventual, pseudonevroze (generate de alterarea nespecifică a funcțiilor cerebrale) sau nevroze veritabile (reflectînd un conflict) ;

f) *psihanalistul,* „psihodinamistul“ se vor întreba care sînt alterările de *ego* produse (inclusiv regresiunile) ; vor căuta dacă nu s-a produs, eventual, o „demascare“ a unui vechi conflict intrapsihic ; vor identifica modalitățile de apărare folosită de *ego,* se vor interesa de biografie (mai ales de prima copilărie) ;

g) *psihopatologul* va cerceta modificările marilor funcții psihice și cele ale *structurii* sufletești ;

h) *constituționalistul* va raporta constatările la tipul constituțional, la baza temperamentală, la „teren“ ;

i) *psihosomaticianul* se va întreba dacă boala nu este *o expresie somatică,* dacă „nu a venit în întîmpinarea sufletului“ (W. v. Weizsäcker), dacă în etiologie nu participă traume sau drame ;

j) *personalistul* se va ocupa de modificările, alterările, dezintegrările, degradările personalității ; de deosebirea *efectelor-reacții* de *efecte-riposte ;* de depersonalizări, de influențarea, prin boală, a *devenirii evolutive ;*

k) adeptul *medicinii antropologice* se va întreba de semnificația bolii pentru persoană și va cerceta valori, idealuri, responsabilități ;

l) *fenomenologul* va căuta să „înțeleagă“ mai mult decît să „explice“ cazul ;

m) medicul de orientare *analitic-existențială* va cerceta situațiile-limită, angoasele, relațiile cu ideea de moarte, însingurarea și posibilitățile de a o depăși ;

n) *neuropsihologul evoluționist* va căuta interpretarea simptomelor după schema jacksoniană a pierderii, a liberării, a „subducțiunii“ (coborîre de nivel), sau după alte scheme (C.v. Monakow).

o) *psihosociologul* va avea în vedere relațiile sociale și modificarea de „rol“.

În această enumerare nu am ținut seama decît de o parte din punctele de vedere ale medicilor și ale psihologilor — și nu de poziția bolnavilor sau a personalului nemedical de îngrijire.

Marile dificultăți în calea explorării psihopatologice sau psihiatrice a bolilor țin, între altele, de faptul că experiența „sufletească" este individual-unică ; observarea „din exterior" — metodă larg răspîndită în alte științe — este inaplicabilă stărilor subiective ; introspecția nu poate fi făcută decît „de sine și pentru sine" etc. Principala dificultate rezidă în aceea că „factualitatea" experienței subiective este sesizabilă numai prin mijlocirea declarațiilor verbale, orale sau scrise ; raportul verbal depinde însă de capacitatea de autoobservație, de memorie, de vocabular (și cultură), de onestitate. Limbajul poate fi deficient în cuvinte care să descrie experiența subiectivă. Vorbirea *(la parole)*, „comanda individuală" a cuvintelor, disponibilitatea terminologiei adecvate, variază enorm de la o persoană la alta : un scriitor, un actor, un agricultor vor descrie în mod diferit, stări sufletești cu totul asemănătoare. În funcție nu numai de cultură, dar și de *Weltanschauung*-ul propriu, pacientul va pune accentul fie pe ceea ce este particular în drama sa interioară, fie pe concomitențele „fizice" (ca durerea, cefaleea, amețeala) sau va încerca o caracterizare „abstractă" a stării sale (astenie, depresiune etc.) folosind termeni medicali, depersonalizați.

S-a insistat, cu alte ocazii, asupra necesității depășirii „iatrocentrismului".

De fapt, tratatele de patologie clinică nu prezintă (în general) aspectele concrete ale situației de boală, ci o sistematizare de date utile intelectului unui diagnostician și terapeut. Marele succes al lecțiilor clinice ținute de G. Ramon se datorează în mare măsură prezentării *vii* a contactului medicului cu o situație concretă, contact urmărit pe parcurs. Problemele sînt văzute, totuși, în toate aceste cazuri, din punctul de vedere al medicului care trebuie să descifreze și să acționeze. Am putea vorbi despre un „punct de vedere iatrocentric" (de la *iatros* — în elină, medic). Acest punct de vedere nu este însă singurul care condiționează comportamentul adecvat al personalului medical sau al personalului de îngrijire. O anumită boală înseamnă *altceva* pentru medicul care examinează sau care-și face vizita cotidiană, *altceva* pentru medicul care-și face contravizita sau pentru cel care operează, *altceva* pentru soră sau pentru infirmieră și — bineînțeles — *altceva* pentru bolnav. Importanța concretă a detaliilor ce fac parte din complexul situației morbide este diferită pentru fiecare dintre persoanele angajate : o durere nespecifică (de exemplu o cefalee) poate fi fără însemnătate pentru diagnostician, dar chinuitoare pentru pacient ; incontinența de materii poate fi penibilă mai ales pentru îngrijitoare. Ar fi indicat ca fiecare capitol de patologie clinică să includă și paragrafe referitoare la aceste aspecte. Punctul de vedere al bolnavului trebuie cunoscut de către medic mai ales cînd este vorba de boli frecvente, de boli grave sau de boli în care cooperarea bolnavului este esențială.



O schemă cît mai completă a corelațiilor psihice din diferitele boli ar trebui să cuprindă, după părerea noastră, următoarele aspecte :

a) probleme de etiologie (psihologică, spirituală, axiologică, psihosocială), la rîndul lor grupate sub două paragrafe : fondul personalității predispuse (dacă există) și traumele, dramele, *stress*-urile, implicate ;

b) problema oportunității cunoașterii diagnosticului și a prognosticului de către bolnav (a spune sau a nu spune adevărul) ;

c) reacția psihologică la boală : adaptarea la boală și adaptarea la tratament ;

d) particularități psihologice ținînd de spitalizare sau de dispensarizare, de mijloace terapeutice, de relația medic-pacient ;

e) factorii psihologici în evoluția bolii ;

f) indicații și contraindicații ale diferitelor forme de psihoterapie ;

g) problemele legate de nosofobie și de frica de moarte.

Bineînțeles că psihologia medicală de pînă acum este departe de a oferi material satisfăcător pentru a adăuga, la fiecare capitol din tratatele de terapeutică, un subcapitol care să cuprindă toate aceste aspecte. În lucrarea de față, vom căuta să ne mărginim la cîteva afecțiuni, grupe de afecțiuni sau chiar ramuri medicale.

Corelații psihologice ale bolilor endocrine

Faptul că numeroase boli endocrine cuprind în tabloul lor clinic unele simptome psihice a constituit punctul de plecare al acelor perspective constituționaliste care puneau accentul pe rolul glandelor endocrine în modelarea temperamentului (Parhon 1900 ; L. Levi ; N. Pende etc.). În 1933, Hoskins afirma că tot ceea ce face din om, *un om* — pe plan fizic, sufletesc, emoțional sau sexual, se datorează, în cea mai mare parte, glandelor endocrine. În 1935, L. Lurie susținea că tulburările endocrine sînt o cauză (care nu poate fi neglijată) a delicvenței infantile ! După 20 de ani, experiența terapiei cu cortizon a arătat că „hormonii pot suprima chiar și hegemonia cerebrală" (Sulman), adică pot să facă dintr-un om, *neom*. În conformitate cu acest ultim autor, organismul este o rezultantă a eredității și a mediului (în „mediu" intrînd și experiențele de viață !), dar glandele endocrine, care influențează profund organismul, sînt o sumă a acestor două instanțe. De fapt — gîndirea endocrinologică a acordat treptat (și pe bună dreptate) o însemnătate din ce în ce mai mare legăturilor endocrinonervoase și neuroendocrine, în special celor care se realizează la nivelul hipotalamusului. Rolul hormonilor în adaptare și în emoție evidențiază, de asemenea, „unitatea" dintre psihic, neurovegetativ și endocrin, pusă la baza unor considerații de *medicină psihosomatică* de către H. Meng și colaboratorii. În sectorul bolilor endocrine, este frecventă și ușor de urmărit legătura dintre trauma afectivă și apariția (sau agravarea) unei boli (basedow-ul de spaimă, amenoreea de război etc.). Firește, argumentele cu cea mai mare greutate vin din sexologie. Constituția sexuală, libidoul, viața genitală depind hotărîtor de hormoni, iar pubertatea, climacteriul, sarcina (dar și ciclul menstrual) se însoțesc de variații marcate ale vieții psihice, uneori dincolo de limitele stării de sănătate mentală. Sferei sexuale îi vom acorda, însă, un subcapitol special.

Simptomele psihice din endocrinopatii sînt nu numai mai frecvente, dar și mai *caracteristice* decît în alte boli. Manfred Bleuler a vorbit (1958) despre *psihosindromul endocrin*, avînd însă rezerve în ce privește „specificitatea“ acestuia. De fapt M. Bleuler (ca și C. I. Parhon cu 50 de ani mai devreme) a fost interesat mai mult de relația endocrinopatiilor cu stări psihotice — și în acest domeniu situația este încă neclară. C. I. Parhon, pe baze empirice, admisese (1909) o relație a tireopatiilor (mai ales) cu psihozele afective (mania, melancolia). Datele clinice îndreptățesc pe unii autori contemporani (Joel și Sulman, 1960) să considere că *în sindromul Cushing* se găsește prototipul unei tulburări endocrine, care se manifestă *psihotic*, de multe ori ca o psihoză *periodică* (alternanță de euforie și depresiune, de anxietate și resemnare, respectiv apatie). Notăm că în hipercorticismul „spontan“, ca și cel iatrogen (tratamente cu cortizon) întîlnim cîteodată confuzie mentală, halucinație, amnezie ; s-au comunicat cazuri de sinucidere. În mixedem, stările depresive sînt frecvente, stările manice — excepționale ; dar se pot întîlni sindrome discordante și deliruri halucinatorii. Este interesant să menționăm și aici că teoriile recente, cibernetice, asupra genezei periodicității în psihoza maniacodepresivă incriminează cuplul hipofiză-tiroidă (Danzieger, C. Bălăceanu ș.a.).

Dacă nu există efecte psihologice specifice ale hormonilor, există în schimb efecte ce apar cu mare frecvență. Efectele depind de constituție, predispoziție, situație, *personalitate*. Tulburările endocrine clinice sînt, de obicei, complexe și pluriglandulare — fapt care îngreunează stabilirea unor corelații clare. Legătura hormonilor cu viața afectivă și cu viața instinctuală, reală și importantă, este și ea lipsită de liniaritate și de specificitate.

Modelul fiziopatologic care a dominat timp de două decenii patologia psihosomatică și corticoviscerală a endocrinopatiilor a fost *sindromul general de adaptare* „elaborat“ de H. Selye din 1946. În axul acestei reacții endocrine comune multor agresiuni (reacția „banală“ la *stress*) a stat corelația hipofiză-suprarenală, cu insistență asupra corticosuprarenalelor, fără a neglija însă și catecolaminele. Completări și corectări la modelul lui Selye au introdus în model și alte organe endocrine : tiroida, pineala, pancreasul, gonadele — vorbindu-se din ce în ce mai mult de *solicitare* endocrină — și din ce în ce mai puțin de reacții *nespecifice* sau de „debanalizare“ ale reacției hipotalamohipofizare. În ultimul deceniu, o restructurare a concepțiilor noastre este impusă de situarea în primele rînduri a unor reacții imunologice, boala Basedow clasică fiind atribuită unui factor de stimulare de natura anticorpilor. Corelația psihosomatică se deplasează, astfel, într-un domeniu vecin cu cel al reacțiilor alergice.

De mare însemnătate teoretică și practică rămîne însă relația dintre *tulburările endocrine și cele nervoase*. În accepția corticoviscerală a nevrozelor, dereglarea relațiilor funcționale corticoviscerale, indiferent de cauză, este capabilă de a duce la o tulburare patologică a secreției endocrine, indiferent prin ce mecanism. În acest sens, s-a elaborat teoria patogeniei unice și a evoluției în stadii a hipertiroidismului — în care stadiul nevrotic este considerat a fi stadiul inițial (obligator). În accepția psihosomatică a nevrozelor, „nucleul“ tulburărilor este un con-

flict psihic, astfel încît terapia endocrină (hormonală și antihormonală) nu poate rezolva problemele (H. Meng).

La nivelul psihofiziologic, hormonii produc modificări ale funcțiilor psihice „elementare", care pot fi explicate prin acțiunea lor asupra metabolismului nervos, asupra echilibrului ionic (de care depinde excitabilitatea nervoasă), asupra cronaxiei etc. Dependența *dezvoltării* sistemului nervos central de o bună impregnare tiroidiană este bine cunoscută. În aceeași categorie de influențe, intră hiperemotivitatea, anxietatea (uneori fobică) și labilitatea hipertiroidienilor (explicată, după Danielopolu, printr-o amfotonie) ; labilitatea, hiperexcitabilitatea, spasticitatea și anxietatea tetanicilor hipoparatiroidieni (și apatia hiperparatiroidienilor) ; stările crepusculare și de inconștiență din hiperinsulinism (cu hipoglicemie). Sistemul nervos este alcătuit din „organe-țintă" pentru hormoni, în sensul biochimic al acestui cuvînt (există un tropism pentru creier al multor hormoni).

Cercetările efectuate de Milcu, Demetrescu și Catargi au evidențiat rolul impregnării (sau lipsei de impregnare hormonală) a hipotalamusului în geneza unor stări de tip nevrotic.

Probleme particulare privind corelația psihoendocrină sînt puse de pseudosarcină (amenoree), de obezitate (cu coeficient endocrin variabil), de cașexia hipofizară (boala Simmonds). În ultimul caz, este dificil diagnosticul diferențial cu anorexia nervoasă, existînd și faze de trecere între ele. În boala Simmonds, evoluția se însoțește frecvent de cazuri psihiatrice tipice, „didactice", pornind de la „lene", apatie și indiferență, trecînd prin mutism și amnezie, pînă la depresiune, halucinații, deliruri acute și psihoze cronice. Anorexia nervoasă a fost considerată ca o problemă de mare valoare euristică, în medicina psihosomatică ; H. Meng a privit-o ca o „psihoză de organ". Prin acest ultim termen — care nu are o acceptare largă — se înțeleg afectări ale organelor (mai ales digestive și endocrine, adică a celor implicate în pulsiuni instinctive și în emoție), consecutive unor tulburări grave conflictuale ale persoanei. Modificările funcționale sînt adesea calitative : organul nu este numai inhibat, epuizat, meiopragic ; nu este numai „obiect" (loc de lichidare a conflictelor), ci „subiect" (*ego*-ul este primitiv bolnav). Regresiunea acestor bolnavi este mai mare decît la nevrotici ; eul se depărtează de lumea exterioară ; se produce o depersonalizare (cu neclaritatea limitelor dintre eu și lume) ; apar reacții paranoide. Se remarcă și o atenuare a durerilor (dar totodată și o lipsă a tendințelor masochiste).

Este de notat că, după H. Meng, psihoterapia poate fi utilă în endocrinopatii, iar endocrinoterapia poate fi utilă în nevroze și psihoze — multe boli neuropsihice avînd infrastructuri sau asocieri de boli „organice", multe boli viscerale avînd suprastructuri (supraetajări) psihologice. Pe de altă parte, dezechilibrul endocrin „dezechilibrează" și instanțele psihice, homeostatice și adaptative ale persoanei. Conflicte latente pot deveni manifeste ; endocrinopatia poate (re)actualiza o nevroză.

C. I. Parhon a descris nevroze compulsionale în hipertiroidism, dar a căutat o explicație simplă, endocrinocerebrală și „actualistă" a acestora (relație cauză-efect, făcînd abstracție de trecutul bolnavului și de psihologia sa abisală). În sfîrșit (H. Meng), unele *efecte psihoterapeutice* intră

în cadrul „sindromului de adaptare“ descris de H. Selye, care are o însemnată componentă endocrină (nu numai hipofizocorticosuprarenală).

Nu trebuie să uităm că multe endocrinopatii schimbă înfățișarea corporală, ceea ce constituie o sursă de îngrijorare sau de nemulțumire, uneori o adevărată dramă.

În finalul acestui subcapitol, trebuie să recunoaștem că explorările efectuate de psihosomaticieni pentru conturarea unor personalități-tip predispuse la unele endocrinopatii, nu au dus la rezultate mulțumitoare. Viitorul hipertiroidian ar fi o persoană avînd nevoie de o dragoste de nivel superior celeia pe care o obține sau o poate obține ; „răspunsul la frustrare ar fi masiv și arhaic, de natură agresivă, traducînd o dorință inconștientă de moarte ; reînvierea acestor fantasme, mai ales în vis, dă loc la sentimente intense de anxietate și de culpabilitate“. După alții, o identificare precoce cu un rol matern depășind posibilitățile psihologice ale subiectului „duce la o luptă persistentă împotriva anxietății cu atitudini de pseudomaturitate și mai ales cu apărări (teamă de moarte sau de sufocație), antrenînd o nevoie compulsivă de a întreține activitățile cele mai temute“. Lucrările acestea aparțin lui Ham, Alexander și Carmichael (1951), lui Mandelbrote și Wittkower (1955). Lidz (1949) a descris o „tendință impulsivă la sarcini repetate“. Mai concrete ni se par constatările lui Flagg și colab. (1965), care au constatat răspunsuri tiroidiene și neurovegetative mai puternice și mai prompte la prezentarea unor filme stressante.

Diabetul zaharat cunoaște factori emoționali declanșatori și factori emoționali de influențare a evoluției. Dinamica inconștientă a diabeticilor este modulată prin relațiile sale cu alimentele : obiectul-aliment fiind totodată dorit și temut (Luminet). Diabeticul are puternice tendințe incorporative, cu tonalitate sadică-orală (Alexander) : fixațiuni sau regresiuni secundare bolii ? De aici este numai un pas prin a afirma că „foamea diabeticului este o foame de dragoste maternă“.

Personalitatea diabeticului *tînăr* a fost, în adevăr, examinată mai ales din perspectiva relațiilor sale cu mama (Brusch, 1949). Impresia cititorului este că tipurile de relații influențează, *printre altele*, și controlul satisfăcător al diabetului. Mai interesante ni se par speculațiile privind folosirea secundară a bolii drept suicid potențial permanent. Complicațiile diabetului apar (Stearns și Boston, 1959) ca un fel de echivalente suicidare, prin pasivitate, bolnavul simțind agravarea simptomelor dar abținîndu-se să le combată.

Hormonii nu pot *matura* personalitatea unui bolnav sufletește imatur (M. Bleuler, Benedetti). Ei nu pot introduce, de exemplu, o „omenie veritabilă“ în cadrul eroticii ; de obicei, androgenii nu sînt în stare să reorienteze libidoul deviat al unui homosexual.

Afecțiunile sferei genitale

Afecțiunile sferei genitale au un puternic răsunet emoțional din cauza implicațiilor precoce și profunde ale personalității în dezvoltarea pulsiunii sexuale (și a tendințelor libidinale în general). Detaliile anatomice și funcționale ale aparatului sexual, amănuntele vieții sexuale, au

conotații simbolice și interpretări socioculturale. Există o întreagă „mitologie populară", care se cere demistificată de către medicul consultant (Luminet, 1973). Viața sexuală, avortul, sterilitatea, nașterea — au fost subiecte de monografii ample, la care este trimis cititorul pentru informarea corespunzătoare. Nu trebuie să uităm că viața sexuală este supusă la reglementări sociale, morale, juridice — cu *tabu*-uri ; consecințele acestor reglementări asupra sănătății mentale și fericirii au constituit materialul larg exploatat de către psihanaliză. Invers, repercusiunile stării psihologice și nervoase asupra sferei genitale sînt numeroase, ample și fine. Impotența, frigiditatea, dispareunia nu sînt însă capitole de psihologie medicală *stricto sensu*. Tulburările de sexualizare ale organismului (care au la bază anomalii cromozomiale, endocrinopatii genitale sau endocrinopatii banale) afectează în schimb atitudinea persoanei față de propriul corp și pot constitui motivația unui apel la medic, chiar dacă nu există o suferință de tip organic : pentru rațiuni de ordin estetic sau — *in extremis* — pentru o corectare somatică a caracterelor sexuale (heterosexuale) nedorite. Numeroase tulburări endocrine „psihosomatice" afectează (probabil prin mijlocirea hipotalamusului) sfera genitalității. De exemplu, virilismul se însoțește de nesiguranță de sine, de complexe de inferioritate, de fugă de lume, de depresiune și frigiditate. Prin compensare (?) se poate ajunge la homosexualitate și la psihoze paranoide. S-au mai descris : agresivitate și aversiuni pentru bărbați, astenie, „istero-neurastenie", halucinații, crize epileptiforme etc. Rădăcina tuturor acestor modificări psihice rezidă probabil în incertitudinea pacientei, care nu știe dacă trebuie să se numere mai departe printre reprezentantele sexului feminin sau să rupă cu trecutul și să se considere o ființă masculină.

Nu este lipsit de interes să amintim că, în perioada inițială a cercetărilor sale psihanalitice, cînd era pătruns de spirit fiziologist, S. Freud a asemănat tulburările date de desfășurarea anormală a vieții sexual-genitale (ex. abstinența) cu autointoxicațiile. Pînă în ultimul deceniu al activității sale, Freud a susținut (impresionat și de succesele endocrinologiei) că psihoterapia este numai o soluție actuală (momentană, de moment istoric) a unor cazuri, care în viitor vor fi susceptibile de un tratament „biologic" (de exemplu hormonal).

Alergiile

Alergiile fac parte din grupa afecțiunilor imunologice. Se știe azi — pe bază de documente clinice și de cercetări experimentale — că reacțiile imunitare pot fi influențate (modulate) de către factori nervoși. În particular, factori psihici (nu numai emoționali, ci și de „reprezentare" sau ideatici) pot declanșa o criză. Este citată mereu observația lui Mackenzie care a provocat, la o pacientă alergică față de trandafiri, un acces de astm, prezentîndu-i un trandafir de hîrtie. Există condiționări ale crizelor de astm și stări emoționale particulare, care introduc anumiți pacienți în criză : anxietate, o stare de mînie trăită într-o stare de excitație difuză (F. Deutsch, P. Knapp). Autorii de inspirație psihanalitică analoghează astmul bronșic cu un strigăt inhibat. Explorarea personalității alergicilor a relevat conflicte fundamentale în toate stadiile de evo-

luţie : oral, anal, genital. Conflictele inconştiente se pot manifesta *alternativ* ca tulburări alergice *sau* ca tulburări psihiatrice. S-a mai subliniat „sărăcia proceselor intermediare ale elaborării anxietăţii" iar P. Marty (1957) a susţinut o relaţie specială obiectuală, avînd drept nucleu o identificare nereuşită cu obiectul „dorit".

Psihologia cardiacului

Vom lua în considerare, mai întîi, *rolul cardiopatiei şi al circulaţiei defectuoase* (a procesului organic sau funcţional) în determinarea tulburărilor psihice (de însoţire sau care complică boala. De mare importanţă sînt tulburările hemodinamice. O hipotensiune cerebrală, un spasm sau o scleroză a arterelor ce irigă creierul — prin încetinirea circulaţiei — pot duce la simptome foarte variate, depinzînd de ereditatea şi de temperamentul bolnavului. Variaţiile tensionale se repercută (după Abély, Assailly şi Laine) mai ales în sfera afectivă. Cu peste un secol în urmă, Bouillaud vorbea despre o *folie cardiaque*.

În *insuficienţa aortică*, denivelările de tensiune arterială se reflectă prin oscilaţii ale diferiţilor parametri ai vieţii mentale (Laubry), cazul lui Alfred de Musset fiind considerat un caz foarte ilustrativ. Dar denivelările pot provoca o „iritaţie" a celulelor nervoase, capabilă să trezească o psihoză, latentă pînă atunci. După Kanatsoulis la insuficientul aortic se constată alternanţe între faze de activitate inspirată şi debordantă şi faze de descurajare, de inerţie, de desperare. Alţi autori menţionează că aorticii sînt „erotici, capricioşi, uneori cu tendinţe paranoide".

Mitralul este, de obicei, trist şi sumbru (Corvisart) ; taciturn, depresiv (pînă la tentative de sinucidere) şi (deseori) cu idei de persecuţie. Alţi autori descriu o deosebită sensibilitate la traume psihice, trăsături isterice sau psihastenice.

În *bolile congenitale cianogene*, copiii sînt apatici, fatigabili, lenţi, somnolenţi — poate ca urmare a vasodilataţiei cerebrale datorită hipercapniei (Bouckaert şi Jourdan). Modificările psihopatologice se întîlnesc în cel puţin 25% din cazuri (Gruhle), uneori sub formă de debilitate mentală.

În *hipotensiunea arterială*, sînt caracteristice oboseala, emotivitatea exagerată, cu lipotimii şi sincope. Nu rareori în hipotensiunile „idiopatice" întîlnim hipocalcemie şi alcaloză, care contribuie la starea de „neurastenie" şi de anxietate. S-au descris deliruri de origine circulatorie, însoţite de hipotensiune arterială.

În *arterioscleroză* avem de luat în considerare mai ales manifestările progresive şi lente de arterioscleroză cerebrală. În timp ce funcţiile intelectuale sînt din ce în ce mai deficitare, particularităţile personale se intensifică şi devin „caricaturale". Impresia şi teama de agravare şi izolare, determină modificări caracteriale cu aspecte de iritabilitate, grandomanie, avariţie : „cînd Harpagon nu-şi mai găseşte caseta, trebuie să ne temem de soarta arterelor sale cerebrale" (Laubry). Mizantropia şi delirul de persecuţie sînt frecvente.

În *cordul pulmonar* s-au descris astenie, stări anxios-depresive (uneori paroxistice), inerție și apatie (mai ales la introvertiți). Nu sînt excluse, dar par paradoxale, ore de euforie (legate, în special de fenomene de hipoxie).

În *insuficiența cardiacă,* cointeresarea psihică este masivă în formele grave ; dar ea face parte dintre simptome (stări confuzionale și halucinatorii, agitație, anxietate, idei delirante) (Ewald). Fondul anxios-depresiv este propice pentru apariția unor idei interpretative și de persecuție.

Este bine cunoscută angoasa și senzația de moarte iminentă a *anginosului.*



Deși omul ține la toate organele sale, se pare că de *inimă* se simte cel mai legat. De aceea, boala de inimă îi provoacă cele mai mari neliniști. Ea transformă omul normal într-o ființă specială cu mentalitate proprie, iar ideea că inima *sa,* „organul cel mai important al economiei" este în pericol, îi creează în nenumărate ocazii o stare psihică particulară. Există un „mit al inimii" iar puterea acestui mit s-a evidențiat cu ocazia primelor grefe de inimă, care au stîrnit senzație și au suscitat dezbateri numeroase.

Importanța reală a cordului, dar și haloul emoțional ce însoțește „inima", explică marea frecvență a nosofobiilor din sectorul cardiac. Pe de altă parte, repercusiunile stărilor emoționale asupra cordului sînt o observație empirică multimilenară. Nosofobia și ipohondria ce au obiect cordul se susțin și prin constatarea epidemiologică, după care mortalitatea prin boli cardiovasculare tinde să ocupe primul loc, pe măsură ce se dezvoltă civilizația tehnică și urbană. Cercetările recente au confirmat nocivitatea *stress*-ului asupra coronarelor, legătura între factorii afectivi și tulburările de ritm ale inimii, capacitatea unui *stress* de a declanșa fibrilații ventriculare pe un cord predispus etc. O entitate mult discutată este așa-zisa *nevroză cardiacă* — după unii autori, manifestare a unei nevroze generale (sau chiar a unei psihoze depresive). Dar — după cum sugeram în alt capitol — orice tulburare cardiacă se poate complica cu un *coeficient* nevrotic (psihizarea afecțiunii somatice). „Personalitatea" bolnavului cu tulburări cardiovasculare din sfera fiziopatologicului este frecvent o „personalitate" *anormală.* În *tahicardia paroxistică,* se întîlnește tipul isteroid (cu imaturitate emoțională, intoleranță la frustrații, exigențe afective exagerate, slăbiciunea autocontrolului, extraversiune și tendință la dramatizare, intensificarea vieții imaginare pînă la mitomanie). Bolnavul își utilizează boala pentru a-și influența și a-și manevra anturajul. Se poate întîlni și tipul obsesional (cu introversiune, ambivalență afectivă, perfecționism, sentimente de culpabilitate și tendințe autoagresive). Tipul obsesional-compulsiv a mai fost întîlnit printre anginoși și printre cei bolnavi de infarct (Dunbar, Forsman și Lindegard, White, Jouve). Pentru portretul *coronarienilor,* Fl. Dunbar a propus o formulă rămasă celebră : „forță aparentă și extremă fragilitate a apărărilor". Ambiție, muncă fără repaus, tendință la autoritarism și la acaparare personală a unor responsabilități sociale — iată trăsături ale acestui portret. După Arlow (1945), ar fi vorba de dificultăți în identificarea cu imaginea

paternă, ca și de sentimentul unei uzurpări riscînd a fi demascată. După Marty și Navaronne (1962), ar fi vorba doar de ambiția de a atinge un nivel socioeconomic superior celui al tatălui — dar amenințat în permanență. La *hipertensivi*, Dunbar, Alexander ș.a. descoperă o stare de tensiune psihologică cronică și o incapacitate de liberă exteriorizare a pulsiunilor agresive.

Din punctul de vedere al tipului de activitate nervoasă superioară, bolnavii de nevroză cardiacă sînt mai ales de tip slab inhibabil și de tip excitabil dezechilibrat (Enescu) ; numai un sfert dintre ei aparțin tipurilor extreme, artistic și gînditor. După Hackel, 80% dintre hipertensivi aparțin tipului slab ; cînd hipertensiunea afectează persoane aparținînd tipului puternic, găsim aproape întotdeauna o scădere a capacității funcționale a scoarței prin influențe defavorabile de mediu extern (surmenaj, suprasolicitare etc.). Desigur, indivizii răspund somatic la evenimentele cu răsunet emoțional în funcție de tipul lor de activitate nervoasă superioară.

V. v. Weizsäcker (1938) a căutat să găsească semnificații *simbolice* pentru unele afecțiuni și accidente cardiace. Tulburările de ritm ar corespunde tensiunii afective, decompensarea ar corespunde unui efort de voință care cedează, tulburările de angor ar exprima „uzura personalității", tromboza și infarctul ar corespunde epuizării, deprimării (ultima etapă a vieții către moarte).

„Psihizarea" bolii cardiace este frecventă, deoarece neliniștea dată de boală se împletește cu numeroase restricții în ce privește viața cotidiană (interdicții privind mișcarea, alimentația și sexualitatea, necesitatea de a schimba profesiunea etc.). Sentimentul de devalorizare poate fi acut — cu „crize de nervi" și crize sufletești care agravează starea obiectivă. Restricțiile impuse duc — prin acest mecanism — la un rezultat opus celui scontat. Pentru a obține colaborarea disciplinată a bolnavului este necesar, nu numai să le permitem un minimum de activitate și să evităm regimurile rigide și draconice, dar și să-i educăm progresiv spre o viață activă, dar ordonată. Exercițiile fizice bine controlate constituie azi formula unei profilaxii și terapeutici dinamice extrem de eficace.

Asistolicii imobilizați în pat devin cu ușurință ipohondrici, obsedați, melancolici — în lipsa unei susțineri morale, unei înțelegeri profunde și răbdătoare a medicilor. În orice caz, trebuie evitată orice expunere a adevărurilor crude și trebuie menținută speranța.



Cercetările clinice din anii recenți par să aducă unele clarificări și sistematizări în domeniul relațiilor psihosomatice ce duc la (sau însoțesc) tulburările cardiovasculare.

Hormonologia și biochimia *stress*-ului fac să intervină toți mediatorii „clasici" ai transmisiei nervoase (adrenalină, noradrenalină, acetilcolină, serotonină, acidul gamma-aminobutiric), de asemenea hormonii tiroidieni, hipofizari, corticosuprarenali, pineali, ca și peptide nevraxiale (endorfine, enkefaline, liberine hipotalamice, așa-zișii hormoni neurohipofizari, ACTH și fragmente ale sale), angiotensine, acizii grași nesaturați, prostaglandine.

Se deosebesc net stările de solicitare adaptativă de cele care sînt neadecvate ori își depășesc măsura; așa cum frica se diferențiază de anxietate, este util să nu facem confuzii între eu-*stress* și dis- *stress*.

În cadrul sindromelor de interes psihosomatic, care sînt etichetate diferit în cărțile de psihiatrie și de medicină internă, este necesar că deosebim cel puțin trei categorii patogenice :

a) sindromul „cordului iritabil“ (Da Costa 1971), corespunzător tipului de disfuncție vegetativă constituțională (Tsutsui, 1981) ; b) tipul nevrotic ; c) tipul de depresiune mascată. Primul tip beneficiază de stabilizatori neurovegetativi (de felul Distonocalmului), de DH ergotamină, de beta-blocanți și de *training* autogen ; al doilea, de agenți anxiolitici (Diazepam) ca și de *training* autogen ; al treilea de medicație antidepresivă (ca Imipramina). Tipurile b) și c) au implicații psihosomatice evidente (spre deosebire de tipul a).

Se pune mare speranță în identificarea unui *stil de viață* care reprezintă un factor major de risc în bolile coronariene și în hipertensiune : *tipul A* descris de M. Friedman și R. H. Rosmenmann. Este vorba de oameni activi, competitivi, impulsivi, doritori de a obține poziții dominante în societate, niciodată mulțumiți de ceea ce au obținut, persoane ambițioase, pentru care timpul este întotdeauna prea scurt. Producția de catecolamine joacă un rol esențial în determinismul leziunilor (și eventual al morții subite). Prin opoziție se descrie un tip de comportament B. Tipul A poate fi modificat mai curînd de o „terapie cognitivă“ decît prin menajarea față de *stress*. Tipul A este atît de frecvent în societatea occidentală încît s-a vorbit despre o „cale occidentală spre moarte“ (M. Carruthers, 1980).

Vechea dihotomie din sistemul nervos vegetativ își menține valoarea orientativă. După Carruthers, următorul tabel poate fi reținut cu folos :

Factori neurovegetativi ai bolilor cardiovasculare

	Dominantă simpatică	Dominantă parasimpatică
factori favorizanți	stress (emoțional, fizic, termic) chirurgie tabagism	antrenament fizic antrenament mental training autogen somn
efecte metabolice	catabolice	anabolice
testosteron și insulină	—	+
activitate fibrinolitică	—	+
catecolamine și corticosteroizi	+	—
lipide, glucoză și acid uric	+	—
frecvență cardiacă și tensiune arterială	+	—
semne și simptome de hipoxie tisulară (de ex. angor, dureri în extremități, subdenivelare ST-T)	+	—

Avînd în vedere implicarea cvasiconstantă a sistemului nervos vegetativ în reacțiile adaptative curente, etichetare de „sistem nervos autonom“ propusă de Langley, este privită ca desuetă. Dimpotrivă, afirmă

unii, ar fi bine ca, prin măsuri adecvate, participarea sa să devină cît mai discretă la solicitările psihosociale.

Există o oarecare tendință de a subestima participarea vagului în reacțiile psihosomatice. Supraactivarea vagală însoțită de tensiune arterială foarte scăzută, cum ar fi aceea indusă prin practicile magice *(voodoo* în Haiti) (Carruthers), moartea „în scaunul dentistului" (Taggart) sînt atribuite vagului. Nu trebuie să uităm că excitația vagală este capabilă să inducă aritmii. În durere, dominanța este vagală în ciuda faptului că nivelul plasmatic al catecolaminelor este foarte ridicat — condiție favorabilă aritmiilor prin reintrare.

S-a demonstrat, prin studii epidemiologice și clinice, că emoțiile însoțite de fenomene simpaticotonice sînt mai primejdioase la pacienții cu cardiopatie ischemică, beta-blocanții fiind indicați acolo unde aritmiile și palpitațiile domină scena.

La pacienții la care simptomele dominante sînt durerea și opresiunea (componente ale unui sindrom depresiv), preferința merge către tranchilizanții minori (H. Simon) ; eficace sînt și placebo-urile (Netter, 1977), posibil prin eliberare de endorfine (Levine și colab., 1978).

Fibrilația ventriculară poate fi declanșată la deșteptarea din somn prin stimuli auditivi (Wellens și colab., 1972). Este de reținut experimentul prin care, la cîini cu coronarele ligaturate, injecția de morfină poate preveni moartea prin fibrilație ventriculară.

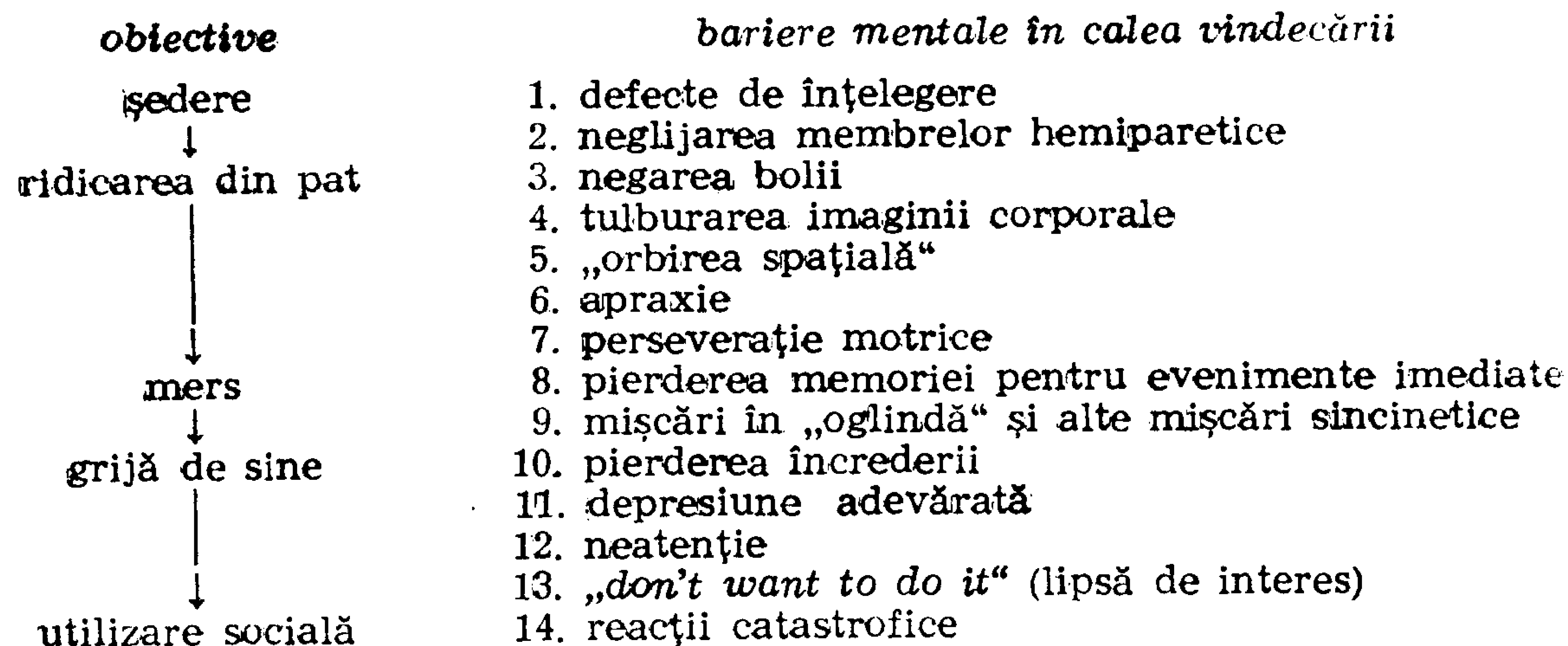
Reacțiile psihologice la infarct și în perioada de după infarct au fost studiate de M. Kazemier (1980). O problemă esențială a reabilitării este restabilirea „stimei față de propriul corp" precum și eliminarea simptomelor ca : prezența anxietății ; depresiune ; reacții isteriforme ; forme obsesive ; abuzul de medicamente ; starea de dependență față de medic ; tulburări de comportament (reacții explozive etc.) ; dificultăți în readaptarea la muncă. În antecedentele pacienților, se constată frecvent o încercare de compensare a scăderii vitalității printr-o „accelerare emoțională" adică prin creșterea tensiunii afective. Stilul de viață cu risc major este tipul A. De altfel, el are corelații semnificative cu reacțiile fobice.

Repercusiuni psihice (somatopsihice) tipice au fost descrise și în cazuri de *stress* particular (de exemplu la schimbări climatice, spre un „mediu" torid). Aci se cer deosebite trei sindroame : a) de epuizare suprarenală (mai ales adrenergică) ; b) de hipertiroidism ; c) de disfuncție (cu exces) a sistemului serotoninic.

Accidentele cerebrale acute

Uneori, factorii organici (cu repercusiuni directe, nemijlocite, asupra funcțiilor psihice) și factorii psihologici reactivi se intrică intim ; o astfel de situație se întîlnește în leziunile cerebrale. Ea îmbracă deseori aspectul de cerc vicios, constituind adevărate „bariere mentale" în calea vindecării sau a reabilitării. Cele întîlnite în urma hemoragiilor cerebrale,

răspunzătoare de un mare procent de invalidităţi, au fost sistematizate după cum urmează :



Acestea sînt manifestări întîlnite la pacienţi cu conştiinţa clară, fără o afectare intelectuală severă, cu funcţii sensoriale adecvate şi cu o bună coordonare. Prin „neglijare“, se înţelege aci neutilizarea membrelor hemiplegice în ciuda unei bune reveniri a forţei şi a senzaţiilor de mişcare ; este un fenomen distinct de absenţa conştiinţei bolii (anosognozie) ca şi de „negarea“ apartenenţei membrelor paralizate la persoana celui bolnav Cît despre „reacţiile catastrofice“ (Goldstein), ele diferă de simpla labilitate emoţională prin aceea că pacientul susceptibil „explodează“ în reacţii de furie de îndată ce este confruntat cu o situaţie pe care nu o poate domina.

Experienţa unui ictus, trăită de un medic, a prilejuit descrieri instructive. În prima săptămînă a unui astfel de accident, pacientul „descoperă spitalul“. Pe neaşteptate, ridicîndu-se de la masă pentru a se aşeza într-un fotoliu cu ziarul în mînă, subiectul cade „în mod inexplicabil“ pe duşumea şi este incapabil să lămurească familia speriată despre ce i s-a întîmplat. Subiectul ştie ce ar dori să spună, dar cuvintele sună straniu şi sînt ininteligibile. Cineva îl ridică şi îl culcă în pat. Un medic, cunoscut sau necunoscut, apare şi îl examinează ; pe faţa acestuia se poate citi îngrijorarea. Durerea lipseşte. O bizară slăbiciune cuprinde jumătatea dreaptă a corpului. Spaima lipseşte, dar şi capacitatea de concentrare ; nu-şi aminteşte ce avea de făcut în după amiaza respectivă. Groaza apare abia atunci cînd subiectul constată că, din cuvintele pe care medicul le adresează familiei, foarte puţine au — pentru el — un înţeles. Soţia începe să se poarte cu dînsul ca şi cu un copil. Anturajul i se adresează cu vorbe liniştitoare, dar rostite răspicat şi puternic, ca unui surd. O ambulanţă îl transportă la spital. Acolo constată marea dificultate de a se face înţeles. Jumătate de oră trece pînă cînd sora pricepe că are nevoie de ploscă. Trebuie să suporte cateterismul uretral. I se pare că nimeni nu se sinchiseşte de faptul că zace într-o poziţie incomodă. Caznele la care este supus un afazic sînt numai în parte descriptibile ; este tratat aproape ca un idiot, atunci cînd nu este pur şi simplu ignorat ; este ajutat să facă gesturi de care ar fi incapabil singur şi i se cer mişcări imposibile ; este ţinut la pat cu stricteţe, deşi ar dori să umble etc.

În cazul cel mai bun, după o săptămînă, bolnavul poate fi transferat într-un centru de reeducare. Frecvent, bolnavul crede atunci că a fost părăsit de familie sau că a fost încredințat unei îngrijiri mai sumare, din motive de economie. Suspiciunea este chinuitoare. Mai chinuitoare este, însă, constatarea că a devenit o „epavă“, că centrul este populat cu infirmi asemănători sieși : întîlnește parkinsonieni cu palidotomie și foarte mulți apoplectici. I se dezvăluie toate mizeriile asociate și care trebuie progresiv și răbdător suprimate : infecția urinară, lenea intestinală. S-ar putea continua cu descrierea aspectelor subiective ale reeducării motorii și logopedice, ale redobîndirii autocontrolului, ale reîncadrării în viața de familie și în cîmpul muncii. Urmărirea acestor aspecte este foarte instructivă pentru specialist și-i permite să-și reconsidere poziția față de bolnavi. Rolul medicului nu se mai identifică cu cel de vindecător (pentru că numai în unele cazuri reușește să vindece boala) ; el trebuie să fie un om care are o *grijă* plină de compasiune și responsabilitate pentru ființa umană tulburată, chinuită, suferindă, frămîntată.

Psihologia tuberculosului

Tuberculoza pulmonară poate fi trecută printre acele boli care caracterizează o epocă social-istorică tot atît de bine ca și o operă culturală reprezentativă. Tuberculoza (TBC) este o boală care se pretează la o analiză complexă a legăturilor destinului său cu cultura, cu civilizația, cu condițiile social economice, cu dezvoltarea științei. Epopeea TBC reprezintă un document cutremurător al dramei umane. TBC a contribuit esențial la viziunea întunecată a veacurilor de neștiință și de exploatare, despre viața „de aici“ ca despre o „vale a plîngerii“ sau ca despre un purgatoriu. Ftizia hemoptoică, morbul Pott, meningita incurabilă — au constituit teme artistice tipice în secolul al XIX-lea (mai ales în romantismul tîrziu). Ftiziei i-a căzut victimă chiar întemeietorul ftiziologiei moderne, Laënnec. În lumea creatorilor de cultură, TBC este un reflex al răspîndirii ubicuitare, de masă, a acestei boli (față de care arta medicală era, pe atunci, dezarmată), această răspîndire fiind un reflex al mizeriei legată de urbanizare, de industrializare, de capitalism. Istoria ultimului veac poate fi considerată și ca o istorie a mersului neabătut al medicinii spre dominarea flagelului. Poate că TBC este una dintre bolile care și-au schimbat cel mai mult *statutul psihologic* în ultimele decenii.

Ftiziologii clasici atribuiau factorilor psihici, o însemnătate deosebită (cîteodată decisivă) în apariția și desfășurarea bolii. Dacă bolnavii prezentau frecvent o comportare psihică particulară, acest lucru era atribuit mai puțin influenței specifice a toxinelor TBC, cît acțiunii globale a bolii, care *întotdeauna* înseamnă o imixtiune gravă în viața personală și profesională a pacientului. Unii autori au insistat asupra *complexului psihologic* al debutului TBC (impregnarea TBC), cu simptome de iritabilitate, astenie și depresiune ; alții asupra *psihologiei vieții sanatoriale* (Th. Mann, în romanul *Muntele vrăjit*). Caracterul de contagiozitate duce la interdicții traumatizante la cei nespitalizați (interdicția de a-ți săruta copiii, de a bea și de a mînca cu aceleași tacîmuri) etc. În serviciile de specialitate, o influență negativă o are asistarea la progresiunea bolii ce-

lorlalți (inclusiv la moarte), cu nesiguranța zilei de mîine. În vechile sanatorii, se ajungea la indiferență, la cinism, chiar la perversiune morală (dorința de a contamina pe alții).

O temă explorată literar, dramatic și chiar muzical a fost *euforia* premortală. Complicațiile terminale sînt mai curînd penibile sau dureroase (TBC laringiană, TBC renală etc.).

Psihozele sînt extrem de rare la ftiziile grave de organ ; dar în ospicii, mulți bolnavi mureau din cauza TBC (Liebermeister, 1934).

După o părere larg răspîndită, *erotica* ar fi exacerbată la bolnavii de tuberculoză. Această părere este discutabilă ; în orice caz, alături de influența TBC contează (determinant !) ansamblul condițiilor de viață.

Medicii tuberculoși se orientează frecvent spre ftiziologie, bacteriologie, cercetare științifică. N. Bethune, salvat de la moarte de TBC grație intervențiilor chirurgicale, s-a făcut un propagator neobosit al chirurgiei toracice.

Documente prețioase pentru psihologia TBC sînt unele *opere literare* sau cvasiliterare, cum sînt unele scrieri de Chateaubriand, A. de Musset, romanul amintit *Muntele vrăjit (Zauberberg)* al lui Th. Mann, jurnalul K. Mansfield, cărțile chirurgilor A. Majocchi *(În serviciul bisturiului)* și N. Bethune *(Medic pe trei continente)* etc. Printre ultimele lucrări apărute în această serie menționăm jurnalul unui bolnav evoluînd în epoca actuală, a chimioterapiei și a antibioterapiei și salvat, totuși, abia prin aplicarea chirurgiei pulmonare (Tanco). Vom urmări — prin citate — cîteva dintre situațiile descrise cu multă sinceritate în acest volum.

a) Debutul *psihologiei de bolnav* : „deoparte și dincolo de mine, o altă lume, a contrazicerilor și căutărilor medicale, iar eu, bolnavul, cu lumea bolnavilor și cu toate problemele acesteia".

b) Rolul echilibrator al încurajării medicale — dar numai pînă în momentul în care surprinde comentarii imprudente, cînd sentimentul devine cel de „invidie ascuțită, chiar ură : dacă sănătatea lui (a medicului, N. V.) ar fi fost o bancnotă, nu ezitam o clipă să i-o fur".

c) Preocuparea cu boala, care duce la studiul ei din tratate, pe „ascuns".

d) Constatarea uimitoare după care bolnavii mai vechi aveau vaste cunoștințe medicale de specialitate, folosind precis și adecvat termeni medicali ; dincolo de faza optimismului inițial — septicismul cu privire la posibilitățile medicinii : „sîntem în era atomică, iar în medicină nu se cunoaște nimic".

e) Oscilație între dorința de „a fi lăsat în pace" de către prieteni și rude, și dorința de contact cu cei „dinafară".

f) Atitudinea discordantă față de tratamentele plictisitoare și penibile : „cu toate că eram convins de necesitatea acestui tratament, întreaga ființă se opunea" ; pînă la urmă, *organismul* se obișnuiește.

g) Suspiciunea față de medicii care „comunică între ei, ascuns, cu intenția de a nu fi înțeleși de bolnavi", ducînd la conflict cu *oamenii în alb* (acuzația că bolnavii sînt priviți ca niște cobai etc.) de fapt, pe baza „invidiei, dacă nu a urii, împotriva celor sănătoși" (totuși, prezența halatului alb îi dă senzația că ceva „se interpune între noi și moarte, ca mama care își apără puii").

h) Dobîndirea convingerii că „la o asemenea boală, ca să rămîi demn, trebuie să înveți cum să mori".

i) Supraevaluarea sănătății : „numai sănătatea s-o mai am, încolo nimic nu mai poftesc".

j) Lupta ascunsă între speranță și descurajare (cu lipsa de încredere în tratamente și în propria persoană).

k) Impresia progresivă că — din ziua internării — între sine și trecutul său s-a lăsat un zid, în timp ce alt zid se profilează spre viitor : „mi se părea că sînt un om fără trecut și fără viitor".

l) Dezvoltarea unei mentalități superstițioase.

m) Revenirea la un comportament docil : „mă supuneam la orice, numai să nu se producă vreo complicație din vina mea" — sau : „voi face tot ce mi se cere, altă cale n-am de ales".

n) Cultivarea a orice poate să însemne o legătură cu viața familială și profesională, în vederea eventualității reintegrării în viață.

o) Bucuria de a vedea pe cineva externîndu-se („esențialul era faptul că plecase încă unul smuls din ghiarele morții"), amestecată cu o doză de invidie.

p) Încercări de a „raționaliza" (sofistic), adică de a-și prezenta boala ca pe o superioritate ; TBC este desmierdată („tuberoza") sănătatea face pe om „dobitoc".

q) Pentru că „nici o (altă) maladie nu este de așa lungă durată, nu-ți lasă mai clară și mai limpede judecata" — fiecare bolnav își face o *educație în privința sfîrșitului* — de unde și încercările de a „culege clipa".

r) Dezolarea care-l cuprinde pe cel care constată că plecarea sa dintre cei sănătoși și activi nu a fost definitivă, că este nevoie de o reinternare : „aventura" autorului este impresionantă și prin faptul că mersul bolii n-a fost progresiv spre vindecare (abia ajuns acasă o hemoptizie îi primejduiește viața). Reintors în spital, remarcă într-însul că o *nouă atitudine față de timp* înlocuiește nerăbdarea de altă dată : „putea să dureze oricît, numai să mă vindec".

s) Încăpățînarea cu care credea și urma tratamentul avea și un revers : „începeam să trăiesc cu exclusivitate pentru boală și mă îndepărtam de orice preocupare și problemă a vieții mele... făceam un adevărat studiu din problemele atitudinii omului în fața morții".

t) Cînd i s-a propus exereza, apare *mila față de sine-însuși* (ca față de altcineva) și — prin reacție — o încercare de evadare din spital, care a fost, de fapt, *începutul clarificării*.

T. Tanco face o amplă satiră la adresa acelora care confundă *zbuciumul sufletesc* cu *boala psihiatrică* și pledează pentru ideea (evidentă !) că o înțelegere prietenească a medicului este mai eficace decît o internare într-un ospiciu de nebuni ! Am spus că, dacă boala face din om — *neom*, un gest simplu al medicului te poate face „să te simți *alt om*" — sau, iarăși om Tanco critică pe medicii în care *„omenia* lunecă spre *medicul din ei*, iar acesta, spre formele administrative". Bolnavul vrea *sentimente* de prietenie, mai curînd decît *compasiune !* Expunerea din capitolul în care reacții *omenești, prea omenești*, sînt interpretate *nosografic*

de către psihiatru, poate fi adusă drept argument în sprijinul tezei celor care susțin că *psihologia medicinii clinice* este altceva decît psihiatria.

Kollaritz a insistat, mai de mult, asupra faptului că fiecare bolnav de TBC reacționează după formula sa constituțională proprie dinainte de boală. TBC sanatoriilor ar alcătui o „comunitate" de oameni care n-au nimic sufletesc în comun, în afara dorinței de a se însănătoși și de a fi liberi. Desigur, fiecare are un „șoc" la cunoașterea diagnosticului, dar în *perioada de stare* nota dominantă este cea temperamentală. Viața sanatorială își imprimă pecetea mai ales cînd e monotonă, iar condițiile materiale au o importanță reală (S. A. Knopp, 1925). Bernstein a atras atenția asupra influenței medicamentelor în administrare cronică (opiacee etc.). Schächter conchidea că „psihologia tuberculosului a fost studiată din tot atîtea puncte de vedere cîți medici au încercat s-o studieze" și că divergențele dintre autori reflectă în mare măsură psihologia observatorilor.



O lucrare românească recentă (L. Alexandrescu, S. Blumental și I. Volosievici, 1981) rezumă o parte din literatura internațională referitoare la problemă, ca și concluziile unor cercetări sistematice proprii, efectuate împreună cu A. Arbore la inițiativa profesorului ieșean N. Bumbăcescu.

Timp de milenii TBC pulmonară a fost un flagel, în marea majoritate a cazurilor nevindecabilă, consumptivă, contagioasă, secerînd mai ales tineri, la capătul unor suferințe polimorfe, implicînd adesea „sîngele" (cu valoarea sa simbolică) și întotdeauna respirația (de asemenea cu valoare simbolică accentuată). Lucrurile s-au schimbat radical în era tuberculostaticelor, dar „aureola negativă" a bolii dispare mai încet ; asistăm la o întîrziere a prejudecăților față de modificarea opticii medicale.

Încercăm să rezumăm o parte din materialul monografiei citate.

Predispoziția, „terenul ftiziogen" care colaborează cu bacilul Koch (conivența, cum o numesc unii autori), este alcătuit, din punct de vedere psihologic (la noi în țară) din extravertiți și ambiverți, tipuri care suportă mai acut evenimentele psihosociale ce-i implică. „Pasiunile triste" despre care vorbea încă Laënnec sînt psihotraume, *stress*-uri, drame de mai lungă durată, care se întîlnesc într-un procent semnificativ. Un procent însemnat se tratează cu întîrziere, se neglijează sau mimează sănătatea — ceea ce se interpretează ca o inadaptare la boală. Cortegiul reacțiilor psihologice la boală începe cu șocul (sau subșocul) resimțit la comunicarea diagnosticului ; dar încercări grele sînt și întreruperea activității, obligația de a sta al pat, spitalizarea, schimbarea de „rol" și statut social, obligația de a renunța la proiecte și idealuri etc.

Aceste aspecte sînt cu atît mai însemnate medical cu cît starea morală este un factor (principal ?) în vindecare.

Temperamentul condiționează patoplastia : temperamentele „excesive" duc la TBC zgomotoase, cu reacții alergice intense. Caracterul echilibrat, atitudinile pozitive, legate de înțelepciune și de la abținerea de la excese, sînt o garanție a succesului terapeutic.

La întrebarea dacă există o relație între TBC și „marea psihiatrie", nu se poate răspunde hotărît, deși, cîndva, schizofrenia a fost privită ca avînd o etiologie bacilară și deși se cunosc (rare ?), psihoze reactive cu elemente de stupoare postșoc acut ori subacut, cu fenomene de agitație psihomotorie de tip discordant sau depresiv.

S-au descris și reacții psihotice de durată cu influențarea dezvoltării personalității.

În schimb, se poate afirma că „mica psihiatrie" — mai bine zis „psihiatrie limitrofă" — cunoaște multe cazuri cu etiologie bacilară. Bineînțeles că ele sînt, mai ales, reacții ale personalității la boală, legate de interpretarea conștientă dată situației.

Sindromul de inadaptare este o „reacție psihică normală cu treceri rare în psihopatologie" (Blummenfeld). Reacțiile psihogene reactive pot apărea, nu numai la începutul bolii (în momentul în care subiectul intră în contact „cu noile coordonate ale vieții de bolnav"), ci și în cadrul sindromului de readaptare de la sfîrșitul bolii. Ele sînt psihogenii ca și nevrozele (termen ambiguu !) ; neurastenia, nevroza obsesivofobică, nevroza isterică și stările nevrotiforme. Alături, se înscriu psihopatiile, care (după cum știm) „fac să sufere și societatea" respectiv familia și medicii care-i tratează. Psihopați sînt alcoolicii, scandalagii, recalcitranții, instigatorii, reclamagii, necooperanții, cei cu comportări aberante sexuale etc.

O întrebare la care răspunsul mai este căutat este dacă TBC induce schimbări specifice de personalitate. S-a afirmat (Trojanec) că TBC pulmonară nu face decît să accentueze unele trăsături de personalitate premorbide. Autorii români găsesc instabilitate, labilitate afectivă, reacții hiperdimensionate. Sînt ele deosebite de cele induse de altă boală cronică amenințătoare ? Greu de spus. Sînt ele datorate bacilului Koch și toxinelor sale sau pe un prim palier al medierii reflexelor pornite de la pleură la plămîn, dezechilibrului neurovegetativ și endocrin, alterărilor hepatice ori renale ?

O mediere psihică ușor de acceptat privește egocentrismul, egofilia, egoismul, filozofia lui *carpe diem*. Th. Mann constată conexiuni între ftizic și „desfrînare", prin aceasta înțelegîndu-se atît relativizarea inhibițiilor, cît și apariția unor dominante pe linia „instinctelor" alimentar și sexual. Autorii români explorează și așa-numita personalitate subterană (inconștientul), inclusiv visele. Se acordă atenție și unor „trăsături speciale", cum sînt meditația, corespondența, jurnalul intim, realizările artistice. „Boala" și „sănătatea" devin preocupări focale. Se schimbă sentimentul „timpului trăit". Îngrijorătoare sînt marile procente de tendințe antisociale (ne întrebăm dacă ele pot fi legate de agresivitate ?). Pe de altă parte, nu lipsesc (ocazional ?) tocirea sensibilității, abulia, lunecarea spre credulitate (din cauza fricii ?). Starea penibilă suportată generează ceea ce la figurat s-ar numi evadări : spre interior (de ex. reverii) sau spre exterior (de ex. jocuri).

Starea euforică finală, înainte de *exitus*, descrisă în plin romantism, este privită cu rezervă. În schimb, medicația anti-TBC este capabilă să producă o stare de *bien-être* (iproniazida inhibă monoaminooxidaza), asociată din păcate cu insomnii.

Psihologia convalescenței

Convalescența este o stare în care bolnavul a trecut de momentele critice ale bolii, dar nu este complet vindecat și integrat în viața socială, familială, profesională ; starea de echilibru este fragilă, se pot ivi recăderi și complicații sau pot persista sechele fizice *și psihice*. Conștiința sănătății recîștigate determină uneori o stare euforică, cu revalorizarea tuturor detaliilor vieții. Această stare sufletească a fost admirabil descrisă de scriitorul maghiar K. Frigyes, care a fost operat pentru o tumoare cerebrală de către Olivecrona.

Convalescentul *nu este încă* un om sănătos, perioada de convalescență fiind una „plină de nesiguranță, în care psihicul comportă schimbări și prezintă o mare instabilitate" (Marin Voiculescu). De aci necesitatea ca, în general, convalescența să fie supravegheată și — în multe cazuri — chiar *organizată*. Convalescența nu înseamnă inerție — ci dobîndirea progresivă a unei atitudini dinamice, pentru a putea duce o viață autonomă (nedependentă), cu o bună încadrare socială. Se cere mobilizarea (prudentă, dar perseverentă) a întregii energii nervoase (și psihice), a tuturor posibilităților și a tuturor funcțiunilor. Așadar, se cere ca repausul și cruțarea să fie îmbinate cu antrenarea progresivă, izolarea cu o „resocializare", restricțiile igienodietetice cu libertatea, protecția cu obișnuirea treptată la solicitările vieții.

O atenție specială o pretind unele cazuri, deosebite nu numai din punct de vedere medical dar și social. De aceea, în multe țări s-au înființat servicii spitalicești speciale pentru convalescenți. Hazemann a insistat pe bună dreptate asupra faptului că multe dintre acestea cer o *dotare minimă*, deci se pot realiza fără mari investiții.

Desigur, din punctul nostru de vedere este cu totul contraindicat „stilul comportării taciturne a medicului" redus la „semnarea unor rețete enigmatice" și a unor hîrtii birocratice (M. Voiculescu). Externarea este o ocazie de a lămuri și de a încuraja bolnavul, de a-i da sfaturi nestereotipate, de a pregăti sufletește (și nu numai intelectual) colaborarea cu medicul și laboratorul, colaborare care să asigure controlul însănătoșirii și desfășurării vieții după prescripțiile științifice.

Aspecte deosebite le are convalescența în bolile infecțioase, unde progresele tratamentului au schimbat considerabil situația, reducînd perioada de izolare (cu toate consecințele sale psihologice) și cea de spitalizare (care poate duce la „nevroze de spital"), ridicînd multe dintre restricțiile în relațiile cu oamenii sănătoși, ușurînd (și din punctul de vedere al temerii de complicații) perioada finală a bolii.

Menționăm, de asemenea, aspectul contrastant dintre vechile servicii de cardiologie și spitalele de cardiologie de azi, unde întîlnești foști bolnavi de infarct efectuînd progresiv exerciții fizice, alergări pe distanțe tot mai mari, ascensiuni tot mai îndelungate și mai abrupte etc. Comutarea spre „odihnă activă" (ca și „mobilizarea precoce" în chirurgie, care — cum arăta L. Cîmpeanu — a suprimat practic boala postoperatorie) corespund spiritului vremii, care este „activist" și „mobilist".

Corelații psihologice în cancer

Cel obișnuit să privească problema cancerului prin perspectiva cercetărilor contemporane de biopatologie experimentală, rămîne surprins constatînd că, milenii de-a rîndul, medicina clinică tradițională a pus accentul pe importanța factorilor psihici în *etiologie*.

Boala canceroasă este considerată azi ca *prototip* al proceselor *somatice* și *autonome*, pentru că degenerescența malignă se întîlnește și la plante și la animale sub aspecte genetice, anatomopatologice și clinice care nu diferă principial de aspectele întîlnite la oameni (Baltrusch). În etapa pavlovistă de dezvoltare a medicinii, au existat însă voci care au pus la îndoială această asemănare principală (L. Haranghy, Titu Vasiliu) — pînă la a afirma că numai la om există o „adevărată" boală canceroasă. Ținem să subliniem că existența la animale și chiar la plante a unor forme de cancer cu etiologie bine precizată nu ne obligă să admitem că, la om, *toți* factorii etiologici trebuie să facă parte din aceeași categorie cu factorii cancerigeni de la plante și de la animale. Importanța crescîndă a factorilor endogeni în cancerogeneză la animalele superioare, ca și a reacțiilor indirecte (mijlocite nervos sau endocrin) la factori de mediu, perfecționarea funcțiilor de reglare, ne obligă să acordăm *organismului* — și nu iritantului sau noxei — un rol deosebit în patokineză. Pe de altă parte, putem admite că diferiți factori cancerigeni acționează printr-un mecanism elementar comun, cum ar fi (?) mutația ; dar *rezistența* organismului față de agenții mutageni și față de celulele mutante este hotărîtoare pentru instalarea „bolii canceroase". Această rezistență (factor de „teren") depinde sigur în mod nespecific (și, posibil, și în mod specific) de sfera neuroendocrină și (prin aceasta) de cea psihologică. Aceste considerații rămîn valabile și în ipoteze după care *„gena"* cancerului ar fi o *„genă ancestrală"* (Udriște, 1968) sau în ipoteza după care masiva dezvoltare a cerebralității la specia *Homo* favorizează apariția cancerului (Ecaterina Semen-Negrea). Chiar dacă *oncologia* se fundamentează larg pe experimentul de laborator (animale, preparate *in vitro*), este necesar să se elaboreze o sinteză care să țină seama de specificul uman, cu alte cuvinte o antropologie a cancerului.

În concepția *umoralistă* a celor vechi, cancerul era pus în legătură cu temperamentul melancolic (Hipocrate, Galen ; idei asemănătoare se întîlnesc și la Avicenna). În 1759, R. Guy vorbind despre cancerul mamar, precizează rolul constituției inerte, greoaie, flegmatice sau melancolice, ca și al destinului personal cu catastrofe și griji. Factorul personal (constituțional) a fost recunoscut și de medicina tibetană, care a deosebit cancere de origine autotoxică (legate de temperamentul melancolic) și cancere ținînd de o senilizare precoce a organismului. Rolul *traumatismelor psihice*, a grijilor și a împovărării sufletești, în etiologia cancerului a fost susținut în secolul al XVI-lea de către Ambroise Paré ; grija, teama, tristețea au fost incrimitante de Gendron (1701), dar și de către Laënnec și, recent (1948), de către J. Leriche ; depresiune melancolică a fost notată de către Van Helmont, dar și de Forgue (1931) care vede, în tristețe, cel puțin un factor activator sau un factor secundar. Nunn (1722), ocupîndu-se de cancerul mamar, notează că emoțiile-traume pot *liza* tumorile,

oprindu-le temporar evoluţia. Rolul favorizant (pentru tumoare) a emoţiilor negative a fost subliniat, cu optzeci de ani mai tîrziu, de Veliaminov. Marele chirurg rus Pirogov — la mijlocul secolului al XIX-lea — a atras atenţia asupra însemnătăţii tensiunii afective (nervoase). Şi alte nume ilustre ale medicinii secolului trecut au argumentat intervenţia factorilor psihici (mai ales teama, neliniştea) — de exemplu Rokitansky şi Paget. C. H. Hughes (1887) a susţinut *originea nevrotică* a cancerelor. În aceeaşi perioadă, H. Snow publica primele statistici ample privitoare la această problemă, menţionînd că, din 250 de bolnavi canceroşi cercetaţi, în 156 de cazuri întîlnea o traumă psihică puternică, declanşată de pierderea (prin moarte) a unei fiinţe apropiate ; numai în 19 cazuri nu existau, în antecedentele apropiate, conflicte, drame sau traume. În 1894, Ebstein vorbea despre rolul „şocului psihic" în declanşarea (sau în exteriorizarea ?) unei leucemii. E. Forgue se întreba dacă nu există o „predispoziţie celulară determinată neuropsihic" ; dar în acelaşi an (1931) Ewing constata marea sugestibilitate a cancerosului, iar în 1938, Vertesy descria tendinţa sa la izolare. Kretz vorbea despre lipsa (aparentă) de afectuozitate, de slaba exteriorizare spontană a emoţiilor, scriind : „nu numai oamenii *răi* nu cunosc cîntece, ci şi oamenii cu tumori rele (maligne)". Dimpotrivă, Stöger întîlnea la bolnavi o monotonie interioară (cu o deosebită raritate a sinuciderii !) ; *lipsa de tensiuni interioare* a fost notată de Adler, Bumke, Kretz, Frankl, Sheldon etc. Baltrusch crede că această „indolenţă" este numai aparentă : o mască, o faţadă. După alţi autori, personalitatea cancerosului este pasivă, inhibată, indecisă, depresivă. Demn de menţionat este faptul că tonalitatea depresivă (cu o figură obosită şi tristă) se poate întîlni şi la canceroşi care *nu-şi cunosc* diagnosticul (Reichenmüller). Trăsăturile de fire amintite nu exclud eventualitatea ca omul canceros să fie deseori un om „simpatic şi de bună credinţă" (Hoffstätter) ; dar şi după acest autor cancerul este boala nefericiţilor, a celor chinuiţi sau care se chinuiesc singuri. S-au mai descris — ca trăsături de temperament sau caracter ale celor predispuşi la cancer : dezechilibru eu-societate (Faber) ; o defectuoasă apreciere a propriului eu în raport cu sexul opus (von Treeck) ; caracteristici de personalitate „anală" (Booth) etc.

Cercetări mai sistematice au fost efectuate de L. Le Shan. Un anumit decurs al biografiei emoţionale îi atrage, cu deosebire, atenţia. O copilărie traumatizată creează obstacole în calea relaţiilor cu ceilalţi ; de multe ori, moartea unei persoane apropiate contribuie la impresia că relaţiile afective aduc în primul rînd durere şi suferinţă. O particularitate structurală constă în aceea că individul se consideră el-însuşi vinovat pentru această situaţie şi se autocondamnă. Teama de relaţiile afective sociale (considerate ca implicînd riscul suferinţei) este risipită, la un moment dat, de apariţia *cuiva* care este întrevăzut ca o şansă de salvare, care face ca singurătatea să fie depăşită ; interacţiunea mobilizează mari rezerve sufleteşti şi, pentru un timp ea dă sens vieţii. Această interacţiune se întrerupe însă brutal (prin moarte, divorţ etc.). Dispare atunci sensul vieţii, reînvie autocondamnarea şi intoleranţa pentru sine. Viaţa apare ca o condamnare de Sisif ; deşi persoanele se tem de moarte, nu doresc să trăiască. Persistă însă, atitudinea inflexibilă, rigidă, rezumată în alternativa : *sau/sau*. În lumea lor intimă *(Eigenwelt)*, nu pot fi „decît ei-înşişi", ceea ce *fatal* îi va duce la respingerea propriului eu ; nu se acceptă pe ei-înşişi, ci

aprobă, admiră (uneori necritic), justifică și invidiază felul de a fi al *celorlalți*. Există, așadar, o inabilitate de a face ajustări sau de a găsi soluții (de compromis) în problemele de viață interioară. Este particularitatea descrisă anterior de G. Booth (1962, 1965), care a insistat și asupra mentalității individualiste, ca și asupra frecvenței cu care se întîlnesc și alte reacții autodistructive. Acest *facies* de personalitate și de destin nu este nici expresia obligatorie a cancerului, nici nu „duce" obligator la cancer ; nu se pot stabili relații nici cu localizarea tumorii și nici cu gravitatea bolii.

Lui W. A. Greene relevantă pentru problema patogeniei leucemiei și limfoamelor nu i se pare atît „lunecarea" individului în conflicte care nasc sentimente de vină sau *agresiuni de tip bumerang*, cît *pierderea resurselor psihice* ducînd la rușine și la lipsă de speranță. Dacă „experiența de separare" precedă, adesea, nu numai apariția unei leziuni canceroase dar și a altor infirmități — cum sînt colita ulcerativă și tireotoxicoza, ea *nu* este însă frecventă, în cancerul de sîn (H. L. Muslin, K. Gyarfas și W. J. Pieper, 1966). Experiența pare importantă însă în cancerul de col uterin : frustrația pentru care nu se întrevede soluție și pentru care te simți vinovat. Este o constatare care permite (la paciente urmărite „longitudinal", în timp) predicția de la starea psihologică la starea somatică, în 11 din 18 cazuri (A. Schmale și H. Jker). Separația *ar redeștepta* un conflict (mai precis : un conflict oedipian nerezolvat, cu atașament față de un tată pasiv).

În cancerul pulmonar, inabilitatea de a manipula conflictele emoționale, ca și dificultăți în „descărcarea" emoțională, joacă un rol plauzibil (Kissen). Extraversiunea pare a fi un factor real în predispoziție — *dar numai la femei*. Diferența de mortalitate în funcție de personalitate se observă numai la nefumători sau la cei care fumează puțin (în acest grup raportul între cifrele de mortalitate este de pînă la 4,5 : 1). Indiferent de tipul de personalitate, rata mortalității arată o creștere progresivă cu numărul de țigarete fumate zilnic. O comparație între cei care inhalează *(inhalers și noninhalers)* a arătat că primii, mai predispuși la cancer, sînt — în mod semnificativ — mai *săraci în capacitatea de descărcare emoțională*.

Explorarea psihologică poate merge însă mai adînc, spre *rădăcinile* vieții conștiente (cu stabilirea unor ipoteze dinamice și funcționale). Pacienții sînt frecvent autoritari, rigizi și conformiști din punct de vedere social (Cl. B. Bahnson și M. B. Bahnson, 1966) ; narcisismul lor este adeseori evident. Autorii se întreabă dacă pierderea obiectului de investigație afectivă nu duce la o investiție secundară în propria persoană. *Anxietatea nu este o variabilă discriminatorie* între canceroși și sănătoși. Pacienții canceroși tind să-și nege și să-și reprime impulsurile conflictuale și emoțiile în mai mare măsură decît ceilalți oameni. Acest mod de comportare față de impulsurile dificile ar duce la un tip particular de autoalienare, cu o regresiune *sui generis* la un nivel „infra-psihologic".

Intervenția mecanismelor *simbolice* a fost presupusă și argumentată de un număr de autori. De exemplu, s-a vorbit despre o „etiologizare simbolică", care pune în relație boala malignă cu emoțiile „maligne", printre care mînia, sentimentul de culpabilitate și menționata agresiune de tip „bumerang" (W. A. Greene, 1964). S-au „construit" teorii care pun

în paralel distrugerea, reparaţia, regenerarea, creşterea, înmulţirea — pe plan psihologic şi pe plan somatic. Regresiunea pînă într-un stadiu de strînsă intercomunicaţie psihosomatică ar face curentă *exprimarea* reacţiilor şi ripostelor psihologice pe plan somatic (biologic). R. R. Grinker atrage atenţia asupra faptului că reacţiile psihosomatice se manifestă atît prin inhibiţie şi degenerare consecutivă, cît şi prin hipersecreţie, hiperemie, hipermotilitate — deci prin „hiperbioze", cum este şi proliferarea. Cum fiecare individ îşi are propria sa imagine corporală, înlăuntrul căreia organele îşi au şi o semnificaţie simbolică, *localizarea* procesului tumoral poate avea o semnificaţie şi din acest punct de vedere. Cu două generaţii înainte, M. D. C. Lewis a caracterizat cancerul (nu numai metaforic !) ca fiind o „paranoie la nivel celular", idee emisă (sau reluată) recent de S. L. Feder. Dacă Bahnsohn ia în considerare mai ales aspectul productiv al proliferării canceroase, privită pînă la un punct ca un proces *regenerativ*, alţi autori pun accentul pe aspectul distructiv al cancerului invaziv. Nu este de mirare că, pentru procese putînd avea semnificaţii contrarii, corelatul psihologic nu este uniform ! Pe de altă parte, asemenea situaţii desfid orice argumentare *riguroasă* a unei interpretări.

Anumite *cercetări epidemiologice, sociologice şi statistice* pledează şi ele pentru însemnătatea factorilor psihosociali în apariţia şi evoluţia tumorilor maligne. Semnificaţia propriu-zis psihologică a unora sau altora dintre situaţiile care prezintă o incidenţă crescută (factori patogeni) sau scăzută (factori antipatogeni) faţă de media populaţiilor este încă greu de stabilit. Astfel, după Jores şi Puchta, insuficienţa cardiacă, apoplexia şi *carcinomul* sînt boli ce se întîlnesc foarte frecvent la indivizii pentru care *prestigiul social* are o mare importanţă şi la care au survenit lezări ale acestuia (situaţii care n-au putut fi „prelucrate" de personalitatea individului). Concluziile se bazează pe cercetarea pensionarilor după grupe de profesiuni. Kraus şi Lilienfold, Peller, Murphy ş.a. au evidenţiat rolul cancerigen al văduviei — situaţie care implică nu numai pierdere, despărţire, tristeţe, griji (ori sentimentul de pierdere a sensului vieţii), dar şi modificări în activitatea de muncă şi în starea social-economică. Ciocco a constatat că există „tendinţa" (prezentă atît la bărbaţi, cît şi la femei) ca, după moartea unui partener conjugal, celălalt să moară din cauza aceleiaşi boli. Drept explicaţie pentru acest fenomen s-a avansat ipoteza unei alegeri subconştiente sau conştiente a partenerului, printre cei cu similitudine de structură psihologică şi corporală. Zylmann a constatat că războaiele nu influenţează rata de morbiditate şi de mortalitate în cancer, în schimb aceasta creşte în perioadele de crize economice şi politice, ca şi în perioadele de nesiguranţă socială. Frecvenţa diferită a unor localizări canceroase la rase deosebite poate fi pusă pe socoteala unor factori genetici sau climatici, dar şi pe socoteala obiceiurilor de viaţă deosebite, pe socoteala diferenţelor de nivel cultural ; dar nu se poate exclude şi importanţa *stress*-ului socio-economic (în această privinţă, menţionăm diferenţele în ce priveşte nivelul de trai şi efectele complexe — inclusiv cele psihologice — ale discriminărilor rasiale). Există diferenţe în rata morbidităţii şi mortalităţii între englezii autohtoni şi cei emigraţi în Africa de Sud (Haenzel). Pflanz a efectuat o cercetare statistică ţinînd seama de „păturile" sociale ; rata cancerului pare mai mare în „păturile inferioare" (unde este mai frecvent carcinomul gastric, bronşic şi al căilor

genitale feminine) şi mai mică în „păturile“ înalte (cu *status* socio-economic mai favorabil — dar unde se întîlneşte, cu mai multă frecvenţă, carcinomul colic, rectal şi mamar). Wynder a insistat asupra factorului igienic (aspect al factorilor culturali) ; igiena genitală ar fi de mare importanţă în apariţia cancerului penian şi de col uterin ; unele diferenţe în funcţie de religie ar ţine exclusiv de acest factor (circumcizia este practicată de evrei şi de mahomedani). Wynder a mai constatat, la adventişti, o frecvenţă minimă a carcinomelor de plămîn, de laringe, de mucoasă bucală şi de esofag, de vezică urinară (la femei) şi de carcinom cervical. Credincioşii din această sectă se abţin de la fumat şi de la băuturi alcoolice, consumă mai puţină carne, cafea şi ceai. Totuşi ar fi greşit să neglijăm ceea ce ar putea aduce factorul *credinţă*, care — în această sectă — este remarcabil, dîndu-le mai multă stabilitate sufletească şi permiţîndu-le să „prelucreze“ într-altfel evenimentele trăite.

Oricum, orice boală este (etiologic vorbind) multifactorială : apare şi evoluează prin concursul mai multor factori, iar rolul factorilor psihici pare variabil, nu numai de la boală la boală, ci — în cadrul aceleiaşi entităţi nosografice — de la individ la individ. Acelaşi lucru se poate susţine şi pentru eficacitatea psihoterapiei (mai precis : a diferitelor *forme* de psihoterapie), ca terapie simptomatică, patogenică sau (chiar) etiologică. Exemplificăm prin „cazul“ cancerului cervical uterin (care constituie o problemă medicosocială), o listă a factorilor etiologici semnalaţi de cercetările cazuistice şi epidemiologice (Schmale şi Iker) :

a) factori *nepsihologici :* ereditate ; rasă-religie (negri, evrei) ; stare social-economică proastă ; nivel scăzut al educaţiei ; infecţie (sifilitică sau tricomonadică) ; carcinogeni (din medicaţia anticoncepţională ; estrogeni ; din smegmă) ; traume (laceraţie sau eroziune cervicală) ; menarha (înainte de vîrsta de 13 ani) ; începerea precoce a vieţii sexuale ; sarcini multiple ; statusul marital (văduva divorţată > măritată > solitară).

b) factori psihologici : fond familial perturbat (mamă dominantă, pierderea mamei înainte de vîrsta de 12 ani, sentimente negative faţă de disciplina parentală) ; orientare sexuală perturbată (promiscuitate, aversiune faţă de actul sexual, anorgasmie) ; probleme de rol social (rejecţia rolului feminin, discordie maritală) şi — în sfîrşit, pierderea recentă (a unei persoane apropiate, a serviciului, a căminului, a averii etc.).



Care sînt bazele fiziologice (şi mai cu seamă cele experimentale) care ne permit să considerăm, astăzi, că intervenţia psihicului în etiologia, în patogenia, evoluţia şi tratamentul cancerului, este plauzibilă şi chiar „naturală“ ? Cele două serii de argumente majore pornesc : 1. de la constatarea corelatelor fiziologice (mai ales biochimice, umorale) ale emoţiilor ; 2. de la cercetările efectuate pe animale, care au scos în evidenţă că afectarea sistemului nervos (şi a sistemului endocrin, cu care acesta este strîns conectat) influenţează apariţia (sau „prinderea“) şi dezvoltarea tumorilor maligne.

Lucrările de acum cîteva decenii incriminau modificările de *p*H sanguin : emoţiile negative dînd alcaloză, cele pozitive dînd acidoză (Honehher, Scheller etc.). Reamintim că lucrările recente incriminează

hormonii hipofizari, *corticosuprarenali*, tiroidieni, sexuali. Revărsarea de adrenalină şi noradrenalină în emoţii aduce cu sine modificări ale glicemiei, ale concentraţiei acizilor graşi în sînge, ca şi descărcare de ACTH şi ripostă vagotonică. Corticoizii de tip cortizol inhibă reacţiile de apărare seroimunologică şi topeşte barierele imunologice tisulare şi umorale. Ei fac să involueze timusul, care are un rol încă neclarificat în apărarea faţă de cancer (atît prin funcţiile sale endocrine, cît şi prin funcţiile sale imunitare). Manifestările *umorale* corespunzătoare diferitelor emoţii nu au, la om, caracterul standardizat al reacţiilor reflexe înnăscute (caracteristică de *specie*). Şi la animale se observă o *tipospecificitate* : răspunsul hormonal şi neurovegetativ la *stress* neurogen (sau emoţional ?) nu este uniform la animalele de experienţă — el diferind nu numai cantitativ, ci şi calitativ (Corson, 1966, în experimente pe cîine).

Afectarea sistemului nervos central poate fi considerată ca un „model" pentru afectarea psihicului. Corelaţiile corticoviscerale (aşa cum le înţeleg fiziopatologii) pot fi considerate, pînă la un punct, ca un „model" al celor psihosomatice. Se înţelege că orice relaţie psihosomatică *presupune* (în viziunea materialist-dialectică actuală) un mecanism cerebrovisceral. De aceea, nu sînt lipsite de interes datele pe care le transcriem mai departe. *Izolarea* şoarecilor (afectînd activitatea lor motorie, ca şi pe cea sexuală) modifică incidenţa cancerului spontan (Andervont, Mühlbock). *Stress*-ul *neurogen* (prin şoc electric) face să se manifeste mai net predispoziţia rasială a speciei pentru cancer (Reznikoff şi Martini), favorizează acţiunea cancerigenă a factorilor chimici, biologici etc. Interesantă este observaţia lui Rashkis după care, la o dozare *optimală* a *stress*-ului, se poate obţine o rezistenţă crescută faţă de factorul inductor ! Un efect (nespecific ?) de întîrziere a creşterii tumorale prin *stress* a fost observat şi de Matthes (deşi, de obicei, *stress*-ul — ca şi nevroza experimentală — duc la accelerarea dezvoltării tumorii). Asemenea observaţii (ca şi multe altele) ne obligă la abandonarea schemei simpliste *stress* = noxă ; un grad moderat de *stress* este un antrenament al funcţiunilor de reglare şi creşte vitalitatea organismelor. Trebuie să amintim că, printre modelele experimentale folosite, există unele care simulează *frustraţia* umană : frustraţia sexuală (Nugmanov) şi cea alimentară (Esyutina). Rezultate concludente au fost obţinute folosindu-se mijloace de solicitare, mobilizare (alarmă), antrenare, epuizare, *perturbare* (dezechilibrare) a sistemului nervos central. Perturbarea a fost la rîndul ei obţinută prin ciocnire, supratensionare, diferenţiere împinsă dincolo de anumite limite. Primele lucrări în acest sens — devenite clasice — au fost efectuate încă de mult, în laboratorul lui I. P. Pavlov de K. M. Petrova pe cîini (cancer în cadrul unui proces distrofic multiform ; favorizarea papilomelor de gudron). Cercetările sistematice în această direcţie efectuate pe rozătoare au fost prezentate mai recent de către Kavetkii ; s-au utilizat stimularea şi inhibiţia medicamentoasă, decorticarea, lezarea hipotalamusului etc. Însemnătatea tipului de *sistem nervos* a fost stabilită de asemenea prin cercetările sovietice ale şcolii lui I. P. Pavlov (în a 2-a şi a 3-a generaţie de cercetători) ; rezistenţa maximă aparţine tipurilor puternic şi echilibrat (Turkevich).

Sevoenko a confirmat aceste date prin cercetări clinice (pe om) şi, după cercetările de Hagnell (1966), tipul cancerosului este un tip „substabil".



Corelaţiile fiziopatologice şi psihosomatice pe care le imaginăm astăzi între traumatismele psihice şi cancerogeneză evidenţiază verigile endocrine şi factorii personali.

Factorii psihici ar influenţa *mai ales* cancerele hormonal-dependente — dar şi organe care intervin în „expresia" viscerală a emoţiilor.

Evenimentul unic este echivalent cu o *traumă; situaţia* de tensiune şi de solicitare este o *dramă*. Semnificaţia evenimentului pentru organismul uman poate fi, în unele cazuri, „impersonală" — adică semnificaţia „naturală", comună exemplarelor speciei. În numeroase situaţii care produc frică, groază, spaimă — aceste afecte sînt corelatul psihic al unei „reacţii de emergenţă", care *poate ajunge* la o *adaptare veritabilă, reuşită*. „Reacţia de emergenţă" (de ieşire din situaţia dată) înseamnează o solicitare neuroendocrină şi tisulară cu repercusiuni asupra sistemului imunitar. Excesul hormonal poate exercita o stimulare de creştere şi proliferare asupra organelor-ţintă : este una dintre căile de iniţiere sau influenţare a cancerului endocrinodependent. Un cancer latent poate deveni patent ; un cancer mascat se poate demasca. Dar excesul hormonal poate rupe echilibrul imunitar stabilit între cancerul latent şi organism : acţiunea neurohormonală este de debilitare, facilitare, precipitare (mai mult sau mai puţin nespecifice). Toate aceste consecinţe nedorite pot fi coproduse ale unei reacţii cu bilanţ adaptativ momentan *pozitiv*. În cazul organismelor labile, „reacţia de emergenţă" nu duce la un rezultat adaptativ sau parţial adaptativ, ci la un dezechilibru şi la o dereglare durabilă (*disbionomie* — Rothschuh). Permanentizarea unui astfel de dezechilibru poate îmbrăca aspectul nevrozei, cu o disfuncţie endocrină, un dezechilibru imunologic şi o distrofie tisulară întreţinute prin mecanisme *cerebroviscerale*. Toate aceste eventualităţi pot fi descrise în termeni de fiziologie şi de fiziopatologie.

În alte cazuri, semnificaţia evenimentului pentru persoana umană poate fi *personală*, ţinînd de experienţa sa biografică, de răsunetul psihologic, de capacitatea sa de a lua atitudine, de rezistenţa sufletească, de „elaborarea" subconştientă, conştientă, spirituală. Traumatismul netamponat dezlănţuie o „reacţie catastrofică" acută. Ea poate fi tranzitorie : persoana se obişnuieşte, uită, se consolează. Dacă ea se permanentizează, rezultă o psihonevroză sau o somatizare viscerală. „Alegerea" simptomelor şi a organului poate avea o semnificaţie simbolică (deci „psihică"), particulară bolnavului respectiv (deci idiospecifică). Eventualităţile nu pot fi descrise şi înţelese complet decît în termeni de fiziologie, fiziopatologie, psihologie şi psihopatologie. Mecanismele sînt psihosomatice.

Traumatismul psihic, dar mai ales drama psihică, pot să însemneze iniţierea unei situaţii conflictuale, sau redeşteptarea unui conflict vechi. Nevroza şi (mai rar) psihoza par a fi alternativele „fugii" din sănătate înspre boală somatică (Bahnson).

Disfuncția endocrină, oricare ar fi originea ei, este un factor cauzal și condițional al inițierii, demascării, patentării și metastazării oncologice. Cancerul antrenează, la rîndul său, solicitări și dezechilibre imunologice, endocrine, viscerale, neurologice și neuropsihice — prin substanțe de tip toxic, hormonal, pseudohormonal (similare hormonilor) și cvasihormonal (hormoni cu defecte). În sfîrșit descoperirea bolii, *conștiința* acestui fapt — constituie (la rîndul lor) traume și drame care „închid" cercul patogenic printr-o verigă psihică (sau, mai bine zis, îl transformă într-un *cerc vicios*).

Care sînt „ieșirile" posibile dintr-o situație conflictuală? O cale sau alta este aleasă în funcție de factori personali (ereditate, antecedente fiziologice și patologice, biografie psiho-socială); răspunsul poate fi *tipospecific* sau chiar *idiospecific*. Starea afectivă pierde nocivitatea numai în cazul în care tensiunea sa este „descărcată". „Descărcarea" emoțională poate fi de cel puțin patru feluri:

a) directă — rezolutivă, „la obiect" (de exemplu, furia dezlănțuită duce la bătaie);

b) derivativă, care este mai mult o cheltuire nespecifică de tensiune nervoasă (de exemplu, exercițiu muscular). Modalitatea vicariantă este *energetică;*

c) simbolică — în care acțiunea (incomplet rezolvată) se aplică la un alt obiect (asemănător) sau se face apel la o acțiune analogă;

d) catartică, de obicei prin mijlocirea cuvîntului vorbit sau scris (subordonînd o gamă de manifestări, de la sudălmi și de la spovedanie pînă la jurnalul intim și la realizarea artistică).

Funcționarea insuficientă a canalelor descărcării emoționale poate duce la psihonevroză, psihoză, sau la o *regresiune* a persoanei pînă într-o „fază" în care anxietatea, tensiunea etc. pot fi satisfăcute prin mijlocirea unor nevoi organice (de ex. mîncare). În această fază (etapă), corelațiile psihoviscerale sînt mult mai strînse decît la adult, persoana fiind extrem de puțin diferențiată în „suflet" și „corp" (Grinker). Corelațiile corticoviscerale *în general* sînt mai strînse; în cadrul *unității* organismice nu s-a dezvoltat, încă, *autonomia* și homeostazia *organelor*. Legătura dintre „somatizarea" dramei personale și cancer poate fi urmărită — și de data aceasta — *pe plan fiziologic* (cerebrovisceral în sens larg și nespecific) sau pe plan psihosomatic (cerebrovisceral în sens îngust), cu o pondere mai mare a specificității.

Pe plan fiziologic, „somatizarea" poate îmbrăca aspecte de involuție: îmbătrînire precoce, debilitare nespecifică. În conformitate cu principiul (organismic) al ripostei, involuția antrenează procese regenerative. Legătura *biologică* dintre involuție și cancerizare a fost analizată de D. Postelnicu (1966). Localizarea tumorii se poate face pe organul cel mai vulnerabil (meiopragie) sau cel mai solicitat; uneori, „localizarea" este numai o *demascare* a unei latențe sau o *favorizare* a metastazării.

Pe plan psihosomatic, proliferarea tumorală este — după unii autori — o proliferare „simbolică". Sînt de considerat două eventualități, corespunzînd tendințelor de *exteriorizare* sau de *interiorizare*, celor *pozitive* (creștere) și celor *negative* (distrugere). Creșterea însemnează regenerare deviată, renaștere aberantă, schițarea unei perturbări de tip vegetativ. Tumoarea este un pseudoorganism și un neoorganism cu

vitalitate mărită (Jonas, 1966). Cancerizarea poate fi un „reflex paleobiologic" (Stevenson), „autoamputativ" ca în schizogamie (Jonas). Aspectul distructiv poate fi corelatul unui conflict interior, unor tendințe autoagresive, unei anarhii etc. Localizarea tumorii poate avea, la rîndul ei, o semnificație simbolică (deoarece fiecare organ are, pentru persoana pe care-l poartă, și o semnificație biografică, simbolică, axiologică, — o „încărcătură afectivă" care ține și de elemente culturale). Ea poate avea (?) și o semnificație imitativă (localizări identice în familii de canceroși ?). Este de subliniat, însă, că localizarea — chiar în cadrul unei patogenii psihosomatice — poate fi explicată prin meiopragie, prin solicitare sau prin uzură ; organul „iese înaintea bolii", el nu este întotdeauna „ales". Patogenia este rareori „pur" psihosomatică sau „pur" cerebroviscerală.

Din aceste considerații se pot vedea cît de numeroase sînt „drumurile care pot duce la cancer", într-o accepție diferită de cea a *leziunilor precanceroase* și chiar de cea a *bolii precanceroase,* înțeleasă ca o diateză metabolică sau endocrinometabolică (Corneliu Popescu atribuia hipotiroidismului constituțional un rol esențial în precancer).



Printre mecanismele de apărare ale ego-ului, cele de negare și represie au o importanță medicală oncologică. Promptitudinea cu care pacientul se prezintă la medic depinde, la multe persoane, de prezența sau de absența unor astfel de mecanisme (Henderson, Wittkower și Lougheed, 1958). Psihicul se ferește de lucidități traumatizante, chiar dacă rezultatul tardiv este primejdios sau fatal. Atitudinea față de boală și față de propria persoană avînd determinante culturale, etice, tradiționale, etnice etc., exemplele care urmează nu pot duce la concluzii generale. Într-o statistică pe 50 de pacienți scoțieni, 38 s-au prezentat la medic cu o întîrziere de peste trei luni de la apariția simptomelor. Explicația (motivația) acestei întîrzieri a fost variabilă : simptomelor nu li s-a dat importanță ; a lipsit durerea ; a intervenit experiența de viață — în sensul unui contact precedent cu persoane canceroase cu evoluție malignă ; pacientul s-a considerat „prea bătrîn" pentru a mai merita îngrijire ; tratamentul eventual a fost considerat ca fiind prea costisitor ; l-a împiedicat „pudoarea" de a se expune examinării, teama de medici, de spital, de operații, și bineînțeles — teama de diagnostic. Uneori a intervenit structura „masochistă", cu complacerea în suferință ; persoana era obișnuită să-și considere grija de sine ca pe o preocupare insignifiantă în raport cu grija față de alții. Cercetarea de adîncire a situațiilor a scos în evidență faptul că *doi factori* dominau scena :

a) relații bune interpersonale între medic și pacient, încrederea pacientului în medic și tactul medicului ;

b) structura anormală a personalității. Personalitatea isteroidă (labilă din punct de vedere emoțional) este frecvent întîlnită în grupul celor care se prezintă cu întîrziere. (Paradoxul este doar aparent, deoarece acest tip de personalitate folosește, în mod predilect, ca mecanisme defensive ale *ego*-ului, negarea și represia.) Persoanele care au suferit anterior de psihoze bine definite și la care existau simptome reziduale, au prezentat și ele tendința de a lua act de simptome și de a le interpreta în chip ne-

realist. Este interesant de reținut că bolnavi în posesia tuturor datelor semiologice semnificative și avînd suficiente cunoștințe de medicină (chiar medici) sînt adeseori incapabili să tragă concluzia logică a diagnosticului de malignitate, recurgînd la interpretări și explicații extrem de șubrede, *în care cred*. Analiza statistică a datelor mai arată că bagajul (sau nivelul) de cunoștințe *nu* este un factor important care să influențeze promptitudinea prezentării la medic : factorul pur informativ este mult mai puțin însemnat decît cel afectiv. Pentru a face profilaxia incurabilității printr-un tratament precoce, este mai important să se încurajeze relațiile interpersonale pozitive (de la persoană la persoană, de la medic la pacient) decît să se intensifice propaganda și educația sanitară (J. G. Henderson, 1966).

Toate aspectele psihologice și psihopatologice pe care le menționăm în acest subcapitol nu trebuie confundate cu reacțiile psihotice sau cvasipsihotice, frecvente la canceroși, și care fac parte din boala *organismului* canceros, „intoxicat" de tumoare cu substanțe biologic active, de exemplu pseudohormoni sau cvasihormoni polipeptidici, sau zdruncinat prin durere, șoc afectiv etc.



Care sînt *reacțiile psihologice* față de boala „percepută" sau recunoscută ca atare? Unii autori consideră că depresiunea (menționată de noi în primele pagini ale acestui subcapitol) este o *reacție* la boala sesizată inconștient (cenestezie, de exemplu) și nu un fond temperamental predispus. În orice caz, depresiunea, pînă la desperare, nu lipsește dintre reacțiile *conștiente* la comunicarea sau la confirmarea diagnosticului. Medicina dispune de numeroase documente de tip jurnal care descriu evoluția psihologică a unui canceros. Această evoluție depinde, evident, de atitudinea bolnavului față de viață și față de moarte, de *aspirațiile* sale către atitudinea eroică sau stoică, ca și de apartenența sa la una dintre cele două tipuri definite de F. Baumgarten : *Werkgebunden* (legat de operă, de activitate) sau *Lebensgebunden* (legat de viață).

Radu Gh. Chirovici s-a internat în Institutul Oncologic din București pentru a cunoaște psihologia canceroșilor. Reportajul publicat a fost un îndemn la atitudinea eroică și la înfruntarea amenințării morții, prin exploatarea rezervelor de vitalitate și de sensibilitate. Acest reportaj a stîrnit vii proteste în numele „minciunii alinatoare", considerată greșit ca fiind singura atitudine umanitară față de canceroși.

Prin frumusețea stilistică și prin adîncirea autoobservației, un loc aparte îl merită jurnalul romancierei Yassu Gauclère. În 1960, pacienta a crezut a-și decela un cancer de sîn ; dar „o conjurație de medici" și de prieteni a reușit să o deturneze de la diagnosticul pe care și l-a pus cu atîta luciditate, apoi să o convingă că suferea de o nouă atingere a vechii sale tuberculoze... A fost tratată cu cobalt, însă fără să i se spună consecințele îndepărtate ale acestei intervenții... Admirabil dusă cu vorba de către medicii ei, a trăit ca o tuberculoasă, odihnindu-se, plimbîndu-se, visînd și citind... Boala progresînd, unul din medicii-prieteni se decide să-i scrie adevărul. Profesorul Etiemble, care povestește acest episod, continuă : „în ziua în care a primit această veste, Y. mi-a spus : «bine ; de

mîine îmi schimb felul de viață și încep să scriu»... (se gîndea la un roman). Am descurajat-o atît cît am putut, știind că-i mai rămîn puține luni de viață. Cum ea dorea să scrie de asemenea un eseu despre raporturile între marii bolnavi, medicii lor și moarte, i-am dat sfatul să se decidă pentru acest subiect — sperînd că-l va putea duce la bun sfîrșit. Dar după cîteva zile, edemul îi paraliza brațul drept...". Moartea a survenit după două luni. „E de ajuns să spun că ea înțelegea să protesteze împotriva stării prezente a deontologiei, din cauza căreia a refuzat operația — operație care, în mintea ei, ar fi putut-o salva — pentru că medicii nu îndrăzniseră să-i mărturisească adevărul. Ca urmare, ea a acceptat doze enorme de cobalt, fără să fie lăsată să bănuiască ce sechele atroce vor rezulta pentru dînsa. În fine — și mai ales — ea protesta contra dreptului pe care și-l arogă medicii de a nu spune adevărul bolnavului care-l cere... Disimulîndu-i natura bolii sale, medicii au făcut-o să se transforme într-o leneșă, în timp ce, sigură că va muri, ea ar fi început să scrie de îndată (...) și, în aceste împrejurări, ar fi terminat romanul care o preocupa de atîția ani... M-am întrebat însă dacă medicii n-au avut *cu toate acestea* dreptate, incitînd-o să trăiască în speranță timp de un an, mai curînd decît să scrie în tot acest timp știind că este condamnată. Nu este ușor să răspundem acestei întrebări ; cîteodată, îmi reproșez că am ascultat pe conjurați, căci știu că lașitatea mea face ca literatura noastră să aibă o carte frumoasă mai puțin". Adăugăm că trauma psihică a „cunoașterii diagnosticului" poate agrava decursul bolii, ca și oricare altă traumă. Există, așadar, o *Scylla* a ignoranței care împiedică, uneori, instituirea unui tratament complet, cu justificare științifică, și o *Charybda* a biciuirii procesului prin reacție afectivă la adevăr.

Există un *spectru* terifiant al cancerului și datoria medicilor este să înlocuim spaima în fața acestui *spectru* cu o considerare lucidă, realistă, a bolii. Există cancere vindecabile și altele care, tratate adecvat, asigură o supraviețuire îndelungată. Y. Gauclère susținea că „nimeni dintre noi nu-și permite să excludă această perspectivă din propriul destin", dar acest lucru se aplică majorității bolilor care nu sînt ereditare. Ea mai susținea că „cancerul nu permite speranțe îndepărtate" ; totuși, față de viteza cu care apar progresele în terapeutica medicală, speranțele canceroșilor sînt cu mult mai îndreptățite astăzi decît acum — să zicem — douăzeci de ani. Autoarea are însă, probabil, dreptate atunci cînd remarcă cum, spre deosebire de tuberculoză (azi, în mare măsură vindecabilă), cancerul nu este „poetizat prin literatură". „Tuberculoză" este un cuvînt care sugerează concediu, menajare, odihnă, *vindecare* îndepărtată.

Conștiința prezenței cancerului în propriul corp este un impact informațional (Shands) : leziunea este o noutate negativă, este un simbol al morții ; pacientul este „brusc și puternic lovit de distrugerea unui viitor predictibil, parte adesea dominantă a eului său". Repetînd în gînd constatarea situației, ea încetează să mai fie o noutate, devine o situație curentă : adaptare prin „redundanță reflexivă".

Pe de altă parte, într-o civilizație (ca cea occidentală) în care raționalitatea a fost idolatrizată timp de secole, diagnosticul de cancer (boală încă neclară din punct de vedere etiologic și patogenic) echivalează cu o irupere a iraționalului și aleatorului. Se adaugă caracterul aparent *im-*

personal al legăturii cu boala (cancerul ca un corp străin), caracterul invadant : o adevărată conștiință a „trădării și rebeliunii" unei părți din corp. Personalitatea tinde să neutralizeze impactul și prin alte mecanisme decît negarea, „raționalizarea" (în înțelesul dat de psihanaliză acestui termen) sau redundanța reflexivă : distanțare intelectualizantă (considerații teoretice, interes livresc) ; externalizare (o femeie își descria cancerul uterin ca pe un „copil malign").

Este însă greșit să uităm că boala canceroasă sperie în primul rînd (Bard) prin implicațiile sale de lungă și de grea suferință (uneori penibilă din multe motive).



Pentru că nu există nici medic-standard, nici bolnav-standard, nici cancer-standard (A. M. Sutherland, 1959), la întrebarea dacă un canceros trebuie sau nu să cunoască adevărul asupra stării sale, nu se poate da un răspuns valabil pentru *toate* formele și *toate* fazele de dezvoltare a cancerului, pentru *toate* tipurile de persoane umane și pentru *toate* situațiile. O explorare psihologică suficient de îndelungată și de atentă este uneori necesară înainte de a lua o decizie.

Opiniile medicilor sînt foarte variabile în această privință. Argumentele principale ale pozițiilor extreme sînt, după cum se știe :

1. *pentru abstenționiști* — teza după care adevărul distruge ceea ce a mai rămas din personalitatea integrată a bolnavului (opinia lui Ch. S. Cameron, director medical al Societății americane de cancer) ;

2. *pentru ceilalți* — teza după care această „informație" îi ajută pe bolnavi să-și înțeleagă boala și să coopereze mai adecvat cu medicul.

Tratamentul cel mai eficient presupune comunicare reciprocă și liberă.

Fitts și Ravdin (1953) au cercetat părerile și obiceiurile a 442 de medici din Philadelphia (S.U.A.) : 3% mărturiseau adevărul întotdeauna, 28% îl mărturiseau frecvent ; 57% de obicei îl ascundeau, iar 12% nu-l declarau niciodată. În 1961, Oken (lucrînd la Chicago) a constatat că atitudinea de covîrșitoare majoritate este de abținere (78% printre generaliști, 87% printre chirurgi și 90% printre interniști). Pe de altă parte, sondaje de opinii în rîndul pacienților au arătat (Kelly și Friese, 1950) că 89% din canceroși doreau să știe adevărul iar 82% din necanceroși își exprimau aceeași dorință, în cazul în care ar fi bolnavi. Cifrele nu diferă în statistica lui Samp și Curreri (1957) făcută pe pacienți și pe membrii familiilor lor (87%).

Pentru a evita dezorganizarea emoțională a bolnavului, trebuie să luăm în considerare modul în care bolnavul își privește în general boala — *semnificația* bolii pentru bolnav. M. Bard și Ruth Dyk (1956) au constatat că, în general, bolnavii se pot clasifica în două clase : a) cei care se auto-blamează, considerîndu-se vinovați de „agravarea" bolii ; b) cei care se refuză sentimentelor de vinovăție cu *proiecția* blamajului (asupra altor persoane, asupra unor agenți supranaturali ori asupra unor mecanisme naturale). Pacientul trebuie încurajat să-și exprime sentimentele și atitudinile, pentru a ne pune la îndemînă criterii pentru alegerea com-

portării. Pe de altă parte, se cer efectuate cercetări asupra valorii biologice și sociale ale mecanismelor de apărare psihică, cum sînt regresia, dependența, ipohondria, negarea, proiecția paranoică. S-a constatat astfel că femeile care după mastectomie radicală au căutat să-și disimuleze infirmitatea, au suferit în general de o invaliditate atenuată (Bard și Wexenberg, 1957). Semnificația *bolii* pentru bolnav ține, în mare măsură, de valoarea (simbolică sau nu) atribuită organelor. Histerectomia totală, castrația, afectează prin aceea că se referă la sfera sexuală (și — practic — la viața conjugală sau erotică).

Nu trebuie neglijate nici reacțiile afective ale *medicului* în fața cancerului bolnavilor săi. Sondaje de opinii au arătat că o bună parte dintre medici sînt tot atît de îngroziți ca și bolnavii, considerînd — în mod superstițios — că diagnosticul de cancer este o sentință de moarte sau o condamnare la tortură. E. E. Renneker (1957) a examinat din punct de vedere psihanalitic reacțiile de „contra-transfer" în cancer. Atitudinea realistă a medicului, care să ajute bolnavului să se ajusteze la cancer și la efectele sale distrugătoare, nu este regula. Mecanisme psihodinamice fac pe medic să *distorsioneze* realitatea. Investiția narcisistică în tratamentul indicat produce perturbații sufletești în cazul apariției recidivelor. Unii trebuie să depună eforturi pentru a rezista la „identificarea" cu pacienții ce mor. Nu rareori apare cancerofobia. Identificări greșite pot determina anxietăți și sentimente de culpabilitate. Se pot activa sau reactiva fantezii, experiențe traumatice și forme „arhaice" de comportament. Mai ales chirurgul trebuie să-și depășească orice atitudine emoțională negativă în fața fenomenului „cancer", astfel încît să nu-și facă treaba „de bine de rău", ci *să îndrăznească în numele speranței.* Există primejdia supraestimării incapacității pacientului din cauza simțului propriului eșec (A. Rothenberg, 1961).

S-a preconizat *protecția psihofarmacologică.* Medicația psihotropă aduce reale servicii, ca adjuvantă a terapiei chirurgicale. De obicei, pacienții sînt anxioși preoperator, depresivi postoperator, uneori excitați ; cîteodată apare o psihoză postoperatorie (care, în stare floridă, este greu de deosebit de o reacție acută paranoidă de tip schizofrenic) : o reacție de *panică* acută. În aceste împrejurări reacțiile par a apărea mai frecvent atunci cînd sînt lezate regiunile genitale sau cînd se pierde puterea de comunicare, ca rezultat al intervenției (laringectomie). Psihotropele sînt utile și în reacțiile de tip maniac. Depresiunea se datorează *anticipării* debilității, durerii cronice, desfigurării, pierderii vitalității sau a potenței sexuale, sau pierderii independenței fizice ; dar — probabil — și unor mecanisme dinamice cuprinzînd reprimarea sentimentelor de ostilitate sau de supărare. O enormă greșeală este obiceiul medicilor cancerologi de a se feri să stabilească relații personale, „afective", cu canceroșii, mai ales în perspectiva morții lor iminente. Totuși, s-ar putea ca „15 minute dedicate convorbirii cu pacientul să salveze ore întregi de activitate a medicului și a surorilor, administrarea de duzini de tranchilizante și de narcotice, executarea unor teste de laborator și unor examinări radiologice". Cu ajutorul hipnozei putem ușura bolnavul de dureri rebele și de neplăcerile altor tratamente ; hipnoza poate constitui un tip foarte eficace de „terapie suportivă", iar succesele sale concrete ne pot convinge de utilitatea psihoterapiei în general.

S-a subliniat (S. L. Feder, 1966) că, pentru majoritatea canceroşilor, importantă nu pare a fi suprimarea spaimei de moarte (căci moartea nu poate fi „gîndită conceptual", ea este dincolo de experienţa noastră subiectivă), cît uşurarea durerilor, asigurarea că nu va fi abandonat, evitarea izolării, convingerea că nu este părăsit afectiv. Nu sînt numai imperative umanitare, ci şi căi de a ameliora decursul bolii. Medicul va trebui să ofere oportunităţi, „descărcare emoţională" ; s-a constatat că, în aceste condiţii, decursul este mai favorabil. Gestul simplu de a te aşeza pe marginea patului unui canceros poate avea efecte nebănuite. În schimb, sînt contraindicate afirmaţiile liniştitoare nejustificate ; expresia „totul va fi în ordine" poate fi interpretată drept o dovadă de indiferenţă, ca un stereotip ce nu coboară pînă la particularităţile cazului şi ale persoanei.

Nu este clară relaţia dintre *cancer şi suicid* (Plügge, Hofstätter ş.a. s-au mirat de raritatea sinuciderilor la canceroşi, dar cercetările lui Shan impun o nuanţare a concluziilor). Cazul cunoscutului psihanalist Stekel, suferind de cancer genital, n-ar putea fi explicat, mai curînd, prin localizarea tumorii ? Unii canceroşi se sinucid sau îşi caută moartea păstrînd secretul cauzei organice şi afişînd o altă motivaţie : cazul scriitorului St. Zweig, a cărui sinucidere a fost interpretată ca un gest de desperare politică — în momentul trecător de apogeu al militarismului hitlerist (fapt comentat critic de către Th. Mann).

În general, valoarea psihoterapiei este subestimată în oncologie. Argumente indirecte pentru utilitatea ei ca *tratament patogenic* (ducînd, eventual, la blocarea sau la regresiunea tumorii) sînt, pe de-o parte, cazurile de cancer cu vindecare spontană, pe de altă parte, regresiunile sub hipnoză a tumorilor benigne (de natură virotică) cum sînt verucile. Mobilizarea pe cale psihică a forţelor imunitare ale organismului este un fapt cu acoperire clinică şi experimentală. O altă explicaţie ar fi ruperea unor cercuri vicioase, în care există ca verigi durerea şi desperarea.



Sînt necesare şi cîteva cuvinte despre *cancerofobie*. Kent spunea că persoanele care se tem de cancer, îl vor face : evidentă exagerare. Homeopatia susţine a avea remedii specifice împotriva acestei fobii. În orice caz, există o cancerofobie „iatrogenă" a cărei profilaxie este o obligaţie elementară.

Unii practicieni (Iosif Macavei) au observat *cancerofobia* unor persoane suferind de afecţiuni banale, contrastînd cu neglijarea şi „negarea" unui cancer evident la alte persoane.

Psihologia infirmului

După cum era de aşteptat, *psihologia infirmului* a fost obiectul a numeroase cercetări speciale. Moor face remarca justificată că cercetătorul superficial observă numai ceea ce-l deranjează pe *dînsul* — şi, de aceea, rezultatele studiilor nu sînt totdeauna concordante. *Superficial privit,* infirmul este susceptibil, hiperexcitabil (irascibil), invidios, neîn-

crezător, cu o exagerată tendință de a se autoexamina și cu un exagerat sentiment al demnității (Meng). Este de remarcat că „descrierea" psihologiei infirmilor, făcută de către observatori cu integritate somatică, este adeseori alterată de *judecățile de valoare* pe care sîntem inclinați să le facem cu privire la ceea ce este aberant, la ceea ce se găsește în minoritate. Cei normali au o „rezervă" față de „omul însemnat" (= cu semne particulare, adică particularizat printr-un stigmat somatic) — nu atît din motive estetice, cît dintr-o superstițioasă aprehensiune pentru iruperea „demonicului" în cotidian sau din teamă de o eventuală atitudine inechitabilă (față de dînșii) din partea celor infirmi (oameni nedreptățiți de soartă). Există o tendință de a-i acuza de complicitate la propria lor nefericire. S-ar putea caracteriza atitudinea celor normali față de infirmi drept o atitudine *ambivalentă :* ei sînt compătimiți, dar și priviți cu dușmănie ; ei sînt priviți cu superioritate *și* din teamă ; grija extremă a părinților față de copiii infirmi, punctată cu numeroase inconsecvențe, trădează această atitudine (Barker). După Würtz, „ritmica corporală perturbată" ar genera un suflet anormal. Această viziune *simplistă* despre *mens sana in corpore sano* a stat și la baza aruncării de pe muntele Taiget a copiilor care nu erau destul de voinici în vechiul stat al Spartei (oraș care a produs buni războinici, dar n-a strălucit prin cultură și prin civilizație). Este o viziune simplistă, ironizată prin caricaturizare și de G. Topîrceanu. Sub o anumită formă se întîlnește și în literatura romantică sau în folclor. Semnificativă a fost situația psihosocială a *bufonilor,* pitici sau cocoșați (vezi opera *Rigoletto* a lui G. Verdi). În basmul *Harap-Alb* al lui Ion Creangă, acesta este sfătuit de tatăl său să se ferească de stigmatizații somatici (de ex. de spîni). După opinii contemporane (V. Dem. Zamfirescu, 1980), în atitudinea de respingere a „omului însemnat" putem identifica și o rădăcină etologică : comportamentul agresiv al multor animale față de exemplarele aberante ale speciei. Mai curînd se poate spune că atitudinea greșită a ambianței face din mulți infirmi niște *sociopați.* Arnold accentuează asupra sentimentului de inferioritate, asupra apatiei, asupra lipsei de inițiativă și asupra unui grad de „resentiment economic".

În realitate infirmii nu alcătuiesc un „tip unitar" din punct de vedere psihologic — și nu numai pentru că psihologia lor depinde de structura personalității. Este adevărat că infirmitatea *vizibilă* este altceva decît o boală viscerală („internă"), dar factorul principal pare a fi — și aci — *atitudinea* infirmului, *adaptarea* sa la situația morbidă.

Moor deosebește, în multe cazuri, o tendință manifestă de a se bucura deplin de viață ; o comportare „ca și cînd" nu s-ar fi întîmplat nimic. Această situație nu duce însă, întotdeauna, la rezultate bune, căci nu totdeauna bolnavul este capabil „să-și poarte crucea singur" (el are nevoie de compasiune, solicitudine, ajutor etc.). Dar compătimirea lipsită de tact și de delicatețe este o traumă „socială". Traume mai grele sînt cele care-i fac să se simtă ca o povară sau ca paraziți ai vieții altora. De multe ori, contactele interpersonale sînt alterate (Dambo, Ladieu și Wright) ; există însingurare și bariere de tip *tabu* (a nu se vorbi de funie în casa spînzuratului !). Sentimentul stînjenitor de „apartenență" la o „minoritate" (adică de neapartenență la majoritatea sănătoasă, de „excludere" din grupul acestora) poate fi accentuat prin rezerva de a le da sarcini sau de a-i solicita prin gruparea *împreună* a infirmilor etc. La copii, dificultățile ivite

în calea traducerii în fapt a dorinței de a se juca, perturbă dezvoltarea personalității. Meng vorbea despre perturbarea convertirii în „principiul realității". Acest autor a insistat asupra faptului că sentimentul de inferioritate apare atunci cînd lipsește dragostea (frustrația afectivă). Jocul însuși și comunicarea liberă cu copiii este o condiție *sine qua non* a unui ritm normal de dezvoltare intelectuală. Pedagogii au constatat, totuși, că infirmii pot fi mai ușor stimulați decît copiii sănătoși, atunci cînd se face apel la voință și la ambiție, ceea ce constituie o premisă pentru bune performanțe școlare și pentru o bună conduită etc. Dar eșecurile sînt suportate mai greu decît de copiii normali. În rare cazuri, sentimentul de a fi un „caz excepțional" poate aduce o oarecare satisfacție narcisistică (Byron. care avea un picior șchiop din naștere, brava comparîndu-și infirmitatea cu copita diavolului).

S-a notat frecvent că un grad de intîrziere mentală este adus de cruțare, cocoloșire, spitalizare — chiar în cazuri banale de rahitism, tuberculoză etc.

Formarea unui ideal de viață socială întîmpină greutăți. Faptul că sănătatea și „normalitatea biologică" devin idealuri intangibile constituie o continuă sursă conflictuală ; dar ea poate fi, totuși, „secată". Infirmii devin mai ușor ipohondri pentru că își uită mai greu corpul, pentru că sînt legați „libidinal" de partea infirmă, pentru că sînt anxioși (Meng). Persistența situației conflictuale este mai rară decît se crede ; la infirmi se întîlnește mai des *resemnarea* sau tendința de supracompensare (*trotzdem*, Braeger) — analizată mai întîi de A. Adler. Obstacolele „psihizează" : copiii ajung, adesea, hiperevoluați psihic, cu naivitatea pierdută, precoci, chiar bătrînicioși. Principiul fundamental psihoterapic și de pedagogie terapeutică ar fi acela „de a face din nevoie — înțelepciune" (Moor). Reorientarea personalității trebuie să urmărească, în primul rînd :

a) o „îngustare" a perspectivei asupra pierderii (dacă se poate cu o *subapreciere a valorilor pierdute*) ;

b) folosirea defectului organic drept stimul al compensării sau al supracompensării (cu grijă, însă, pentru *autenticitatea* compensării) ;

c) adîncirea valorilor vieții tocmai prin experiența suferinței și a limitărilor (este nevoie de multă abilitate pentru a prezenta *cotitura* în existență ca pe o veritabilă „moarte și reînviere", ca pe un adevărat proces de creație).

În fond ni se pare *justificată* întrebarea : de ce ținem *atît de mult* să aparținem *liniei de mijloc ?*

Medicul trebuie să dispună de „instrumentar psihic" și să întîlnească un suflet plastic. Adaptare, reîncadrare, reabilitare, ajustare — sînt modalități și obiective care se cer urmărite simultan.

Medicul ca pacient

O antologie instructivă în acest domeniu a fost publicată de Grotjahn. Cele 138 fragmente cuprind descrieri *subiective de boală* din autobiografii, prezentări cazuistice din literatură și răspunsuri la o anchetă *ad hoc* (incluzînd și autodescrieri la parturiente). Această antologie are însemnătatea sa pentru istoria culturii, pentru istoria științelor medicale,

dar şi pentru psihologia medicinii. Descrierea simptomatologiei subiective, a aspectelor subiective în apropierea acută de moarte (Naunyn, Billroth) sau în îmbătrînire (Burdach, Freud) nu epuizează însă interesul lucrării. Grotjahn crede că, în afară de lărgirea cunoştinţelor despre esenţa şi despre decursul bolilor, lectura acestor documente poate creşte calitatea interpretării anamnestice ; poate determina o sporire a atenţiei dată vindecărilor spontane ; poate convinge despre însemnătatea micilor detalii ale îngrijirii bolnavilor ; poate duce chiar şi la înţelegerea tendinţei unor bolnavi de a-şi schimba medicul ; pe scurt — lucrarea poate sugera o serie de reguli care să amelioreze comportarea medicului.

Un aspect important priveşte *atitudinea medicului faţă de propria boală.* Se pare că generală este *tendinţa de a se neglija,* care depinde atît de faptul că este prea hărţuit pentru a-şi permite luxul unei pauze, cît şi de avantajul de a dispune de cunoştinţe savante pentru susţinerea unei veritabile „politici a struţului". Inversarea rolurilor (medicul devine pacient ?) nu se face fără mici şocuri emotive. Medicului îi este greu să accepte situaţia (mai mult sau mai puţin umilitoare) de dependenţă, de pasivitate, de„depersonalizare" — redus la rangul de „obiect de examinare şi de tratament" pentru alţii. Poate că se simte ridicul faţă de proprii pacienţi, întrupînd o „dovadă" a limitelor medicinii. Din multe cauze şi motive sufleteşti, medicul nu este decît rareori *un bun judecător al propriei boli* şi aceasta se manifestă printr-o oscilaţie de la pesimism la optimism, printr-un „joc de umbre şi de lumini". Medicul este totodată mai puţin cooperativ decît bolnavul obişnuit atît în timpul anamnezei şi al examenului ce ţinteşte diagnosticul, cît şi în timpul tratamentului. Îşi permite sugestii, pretinde să aibă el ultimul cuvînt, este excesiv de exigent şi — în general — greu de îngrijit. Deseori hipersensibil la durerea fizică, boala îl face frecvent egoist (F. Pastorelli) : în ochii săi propria suferinţă rămîne exagerat de importantă şi de mare. Este mai curînd sceptic cu privire la posibilităţile medicinii — şi R. Allendy remarca : „niciodată slăbiciunea medicinii nu este mai viu resimţită ca atunci cînd eşti în acelaşi timp bolnav şi medic. Atunci, în faţa realităţii şi a chinului, îţi apare toată sărăcia ascunsă, toată insuficienţa unei arte pe care lumea o vrea ajunsă la certitudine...". Este interesant de menţionat că acest scepticism faţă de medicina oficială (pe care în stare de sănătate o foloseşte şi o serveşte) alternează uneori cu credulitatea (mulţi medici bolnavi recurg la serviciile medicinii „heterodoxe" şi ale *Kurpfuscher-ilor*). Această situaţie ambiguă se explică, fireşte, prin aceea că medicul este înainte de toate un *om* : fragil şi slab. Desigur, el reacţionează în faţa bolii mai curînd după temperamentul său şi datorită tendinţelor sale profunde decît în conformitate cu cultura sa de specialitate. Un personaj al lui Paul Valery spunea : „medicul suferă mai mult decît oricare altul. Există raporturi strînse între *a şti* şi *a suferi.* Şi, apoi, ne cunoaştem prea bine limitele...". În realitate, cultura îi dă mai multă luciditate, iar luciditatea este strîns corelată cu anxietatea.

Într-un mic număr de cazuri, medicii şi-au luat în studiu ştiinţific, propria boală „spontană" (mai ales de natură neuropsihică). În lucrare n-au fost trecute autoexperimentările (foarte numeroase). Foarte interesantă este autoobservaţia lui Forel care, după o tromboză cardiacă, şi-a analizat atent eforturile sale eroice de compensare.

Alte aspecte demne de interes au fost menţionate de noi în subcapitolele referitoare la cancer şi la atitudinea în faţa morţii (sau perspectivei morţii).

După cum subliniam în alt capitol, anxietatea face parte din ţesătura vieţii cotidiene — nu numai a bolnavului, ci şi a medicului. Solicitat intens şi complex, „preluînd" grijile bolnavului care i se încredinţează, medicul practician trăieşte, în multe specialităţi, tensiuni şi anxietăţi multiple. Repercusiunile nervoase şi mai ales cele coronariene nu întîrzie să se facă simţite. Cei care au încercat să coreleze *stress*-ul profesional cu afecţiunile cardiace au constatat că omnipracticienii sînt de trei ori mai atinşi decît confraţii lor, iar anesteziştii au de două ori mai frecvent afecţiuni coronariene decît dermatologii şi anatomopatologii. În 1952, Morris, Heady şi Barley constataseră şi ei că *generaliştii* sînt de 2—3 ori mai afectaţi (după grupele de vîrstă) decît specialiştii.

De la psihologia diagnosticului la diagnosticul psihologic

Actul de diagnostic medical este de o atît de mare importanță în activitatea practică a medicului, încît este regretabil faptul că psihologiei, logicii și metodologiei sale, nu i se acordă o atenție mai mare. Tratatele de semiologie și nosologie ne pun la îndemînă *materialele* necesare pentru a stabili un diagnostic de prezumție, un diagnostic pozitiv și un diagnostic diferențial. Dar *mecanismele de gîndire* implicate în actul de diagnostic nu sînt aceleași la toți medicii, ele deosebindu-se atît tipologic, cît și după „școala medicală" la care se face instrucția — și, de asemenea, după etapa de dezvoltare a medicinii, după specialități, după mijloacele pe care le avem la dispoziție etc. De două decenii există și „mașini cibernetice de diagnostic", care aplică anumite „teorii logico-matematice ale diagnosticului", teorii care au fost elaborate avîndu-se în vedere posibilitățile de lucru ale calculatorului mai curînd decît modalitățile de gîndire efectiv folosite de către medici.

Simțul clinic

În tradiția școlii medicale franceze, se acordă mare însemnătate așa-numitului *simț clinic*. S-a spus (Dumitrescu-Popovici) că el „nu este numai un har... cu care unii sînt dotați, ci este o intuiție de ordin cu totul superior, care se cîștigă și se dezvoltă". Simțul clinic este cel care ne „conduce prin labirintul" de simptome și semne, care ne îndeamnă să luăm „cît trebuie" din noțiunile clasice (sau livrești) pentru a putea trata bolnavul și nu boala, care ne face să nu ne pierdem în fața particularităților cazurilor și a prefacerii tablourilor clinice. *Simțul clinic* găsește măsura justă între entuziasm și scepticism, pentru a ne feri de erori și de deziluzii.

În expunerea sa asupra aceluiași subiect, Pius Brînzeu amintește cîteva întîmplări ilustrative. În aceste împrejurări, „simțul clinic" a avut drept componente esențiale : un fin spirit de observație practic (care „prinde în fugă" elemente pe lîngă care un altul poate trece indiferent), un raționament corect și o bună documentare (teoretică) de specialitate.

Simţul clinic se *reflectă* cel mai bine în operaţia de diagnostic, dar el se referă şi la aprecierea evoluţiei sau la formularea prognosticului.

Există aptitudini *înnăscute* care favorizează dezvoltarea simţului clinic : în unele variante intervine hotărîtor *intuiţia*. După I. Iacobovici, simţul clinic, „un nou simţ", este expresia unui spirit totodată analitic şi sintetic, fundamentat nu numai pe o cultură medicală de specialitate, ci şi pe o cultură generală temeinică şi pe „pregătirea sufletului pentru tot ce este mai bun şi mai frumos".

Marii clinicieni din trecut cereau medicului să-şi dezvolte simţul de observaţie şi sensibilitatea întocmai ca un pictor căruia nu-i scapă nici un detaliu (Sydenham). Antrenamentul regulat este necesar ca şi pentru un violonist — scria N. Fiessinger. Dar observaţia medicală — cum remarca I. Haţieganu — nu este numai muncă perceptivă, ci şi muncă interpretativă. Am putea spune că observaţia medicală este o observaţie sensibilizată prin cunoştinţe şi care, totodată, ridică la fiecare pas probleme. Din acest punct de vedere, ea seamănă cu munca de investigaţie a unui detectiv.

Metodologia diagnosticului

Evoluţia medicinii se oglindeşte, în mare măsură, în preciziunea şi rafinamentul diagnosticului. Totodată, talentul şi priceperea personală a medicului se oglindesc *mai ales* în *arta* diagnosticului. „În unele specialităţi medicale, culmea artei chiar poate fi reprezentată de un diagnostic de fineţe" (P. Brînzeu, 1967). De la diagnosticul simptomatic — de fapt o etichetare descriptivă — la cel de sindrom şi, apoi, la diagnosticul nosologic şi la cel etiologic, medicina a marcat progrese în depistarea anomaliilor, în interpretarea valorii lor informative, în siguranţa concluziilor. Acum aproape 100 ani, P. S. Botkin spunea că ar fi foarte bucuros dacă 30% din diagnosticele puse de el ar fi juste. Cu 60 ani mai tîrziu, Lenormant îşi atribuia 20% diagnostice eronate. Rafinarea diagnosticului a dus la întemeierea capitolelor privind diagnosticul topografic, de evoluţie şi complicaţii, de forme clinice, de asociaţii morbide, de „teren reactiv" şi constituţional etc.

Diagnosticul pozitiv poate fi considerat ca o aplicare a metodei inductive ; el constă din *gruparea* logică a simptomelor într-o *ipoteză,* ceea ce limpezeşte atît cauza lor, cît şi valoarea lor relativă. Simptomele — scria J. Mackenzie — sînt ca „materialele utilizate pentru construcţia unui edificiu". Diagnosticul pozitiv se confirmă prin diagnosticul diferenţial, care urmăreşte tot recunoaşterea bolii, dar se bazează pe cunoştinţele de patologie (nosologie) privind *diferitele* boli (asemănătoare ca aparenţă) şi uzează de metoda deductivă — procedînd prin eliminare. Diagnosticul diferenţial este mijlocul de a trece de la mai multe *ipoteze* la ipoteza cea mai plauzibilă sau cea mai probabilă. Botkin scria că diagnosticul este o ipoteză *mai mult sau mai puţin probabilă,* care se cere verificată necontenit, iar A. Berger spunea că este ipoteza *cea mai probabilă.* Gîndirea medicului care-şi urmăreşte bolnavul este de tipul gîndirii experimentale. Certitudinea este posibilă în cazurile în care există simptome caracteris-

tice sau patognomonice, în cele în care este posibil un diagnostic etiologic de laborator etc. Semnele caracteristice permit raţionamente de *tip categoric*. În general, raţionamentele inductive şi deductive se împletesc în cursul operaţiei logice de diagnosticare. Alteori, se foloseşte analogia simplă — de fapt folosirea memoriei, care a înregistrat în trecut tablouri asemănătoare. Analogia este larg folosită de profani şi este un mijloc nesigur. V. Vasilenko (1959) numeşte „analogie" şi compararea simptomatologiei cazului dat cu o entitate morbidă cunoscută din nosologie pentru stabilirea identităţii lor : ar fi metoda *de bază* de a recunoaşte în tabloul clinic dat semnele clasice ale unei boli cunoscute. După I. Peatniţchi această metodă ne oferă cel mult *denumirea* bolii, nu însă *cunoaşterea* bolnavului ; ea nu exclude prezenţa altor procese patologice şi nu oferă suficiente garanţii împotriva confuziei cu alte boli similare ca simptomatologie.

Diagnosticul poate fi pus imediat, atunci cînd raţionamentele sînt clare şi simple, cînd medicul are cunoştinţe vaste şi experienţă etc. ; identificarea diagnosticului *prompt* cu diagnosticul *intuitiv* nu este însă corectă. Diagnosticul tardiv poate fi — în rare cazuri — un diagnostic *ex juvantibus* (luînd în considerare efectul bun al unei terapeutici — de exemplu al chininei în malaria *atipică*) sau *ex nocentibus* (precizarea se obţine prin efectul dăunător al unei metode de investigaţii sau al medicaţiei folosite) ; poate fi un diagnostic *intraoperator* sau *(horribile dictu !)* un diagnostic de prosectură.

Valoarea informativă a interogatoriului pentru stabilirea diagnosticului este imensă. I. Haţieganu estima la 50—60%, procentul diagnosticelor corecte ce se pot pune pe baza unei anamneze bine conduse. Dar ştiinţa şi arta interogatoriului se cîştigă relativ tîrziu şi cu mari eforturi, iar fructificarea sa cere experienţă şi cunoştinţe vaste. E. Rist arată că tehnica interogatoriului necesită *cunoaşterea oamenilor ;* fructificarea sa — scrie Fiessinger — presupune „ştiinţa de a pătrunde în psihismul bolnavului". Tendinţele logoreice ale unor bolnavi, tendinţele la laconism ale altora, exagerările, „ascunderea după deget", disimularea şi simularea, falsificarea interesată şi mitomania, dorinţa de a poza şi de a părea interesant, nivelul cultural inegal al medicului şi al pacientului, accentul nejustificat pus de bolnav pe unele dintre simptome — sînt tot atîtea obstacole în calea reuşitei unui interogatoriu. Medicul trebuie să ştie şi să asculte, dar şi să întrebe. Deşi se admite în general că, de obicei, semnele fizice au o valoare diagnostică mai mare decît semnele generale, funcţionale şi subiective — această idee, dogmatizată, este foarte primejdioasă. La drept vorbind, *subiectiv* este numai coloritul plîngerilor bolnavului, nu însă şi realitatea morbidă care le determină (I. Peatniţchi) ; relativitatea simptomului *subiectiv* este determinată doar de faptul că în cazul de faţă un fenomen *existent obiectiv* este interpretat de bolnavul însuşi (V. P. Petlenko, 1960).

În practică, avea de-a face de cele mai multe ori cu semne care nu sînt patognomonice şi ele ne obligă să folosim raţionamente disjunctive sau condiţionate *(sau-sau ; dacă-atunci)* — enunţurile nefiind absolut veridice.

Regulile diagnosticului clinic sînt indicaţii metodologice menite să evite „curse" de natură psihologică. *Neglijenţa* se exprimă de obicei

printr-un examen superficial sau incomplet; mulţi medici greşesc — nu pentru că nu ştiu atît cît ar trebui să ştie, ci pentru că nu văd totul (Corrigan). *Unilateralitatea* explorării se exprimă de obicei prin folosirea unor tehnici sau procedee în dauna altora — primejdie semnalată încă de Laënnec, asupra căreia a insistat E. Sergent. Este semnificativ faptul că Laënnec, care a introdus auscultaţia, a pus în gardă împotriva utilizării *exclusive* a acesteia în diagnosticarea bolilor de plămîni. Uneori, medicul renunţă la unele metode de explorare pentru consideraţii care *nu* sînt de ordin medical (sex, vîrstă, condiţie socială). Toţi bolnavii trebuie priviţi cu aceiaşi ochi — spunea Laënnec. Cancerul rectal al unuia dintre regii dinastiei Hohenzollern n-a fost diagnosticat la timp, deoarece medicii n-au îndrăznit să-i facă un tuşeu. *Ideea preconcepută* caracterizează pe medicul „mic" (de vreme ce „rigoarea unui examen clinic fără idee preconcepută este aceea care caracterizează pe medicul mare", scrie F. Poilleux). După R. Cruchet, este criticabil medicul „cu capul plin de tipuri clinice cunoscute, care caută să facă să intre în aceste tablouri toate cazurile de bolnavi pe care îi are de tratat". Relativ rari sînt şi medicii care ştiu să se ţină departe de ideile la modă : astfel ideea „la modă" a infecţiei de focar a determinat extirparea în masă a amigdalelor şi a apendicelor, extragerea inutilă a milioane de dinţi. O teorie patogenică *en vogue* generează înclinaţii către anumite diagnostice, creează adevărate iluzii celor care explorează bolnavii. Astfel, teoria autoînsămînţării tuberculoase prin fistulizare ganglionară endobronşică (Schwartz) a dus, temporar, la creşterea masivă a diagnosticelor de fistulizare endobronşică în cursul examenelor bronhoscopice ; „valul" a durat cîţiva ani şi s-a observat că variaţia frecvenţei acestui diagnostic a fost mai mare la medicii entuziaşti şi neînsemnată la sceptici (O. Bercea). Trebuie să facem însă o deosebire între diagnostice la modă, boli la modă şi boli frecvente într-o anumită epocă (tuberculoza, la mijlocul secolului trecut !). Există diagnostice pe care aproape că le „solicită" bolnavii : cel de *colită* la începutul secolului nostru, cel de *nevroză* sau de boală *endocrină* astăzi. *Spiritul de sistem* face pe medicii care şi-au pierdut libertatea de spirit (sau n-au avut-o niciodată) să interpreteze monoton o mare varietate de boli. La începutul secolului al XIX-lea, Broussais vedea peste tot gastroenterită şi endarterită, pe care le trata prin dietă şi prin sîngerări (se zice că el însuşi şi adepţii săi au vărsat mai mult sînge decît Napoleon prin războaiele sale). La mijlocul secolului al XX-lea, unii psihanalişti nu vedeau peste tot decît nevroze de origine sexuală, iar pavloviştii dogmatici numai boli corticoviscerale.

Mai departe, gîndirea diagnostică suferă *interferenţe afective* (P. Mauriac). De aici, regula de a nu face diagnostice în familie şi de a nu încerca diagnostice pe propria persoană.

Gîndirea diagnostică trebuie să fie suplă, mobilă, dinamică, receptivă la orice element nou care intervine pe parcurs : boala însăşi evoluează, se poate complica, se poate asocia cu alta. Trebuie să ne „dea de gîndit" mai ales elementele care survin ca o notă discordantă (Brînzeu).

Frecvente sînt cazurile în care nu se poate ajunge la un diagnostic *mulţumitor pentru medic :* o îndoială, „asimilabilă cu prudenţa" (Brînzeu) — dar care nu trebuie să degenereze în lipsa de încredere în propriile forţe, în lipsa de încredere în medicină sau în nihilism terapeutic.

O *anumită* îndoială poate fi considerată (în bună tradiție carteziană !) ca o „fericită dispoziție de spirit pentru a merge cu certitudine pe drumul adevărului" (Roskam, 1930). Medicul nu trebuie să fie sceptic, ci rezervat, eventual ezitant pentru că „nu ignorează întinderea ignoranței sale" (E. Sergent), pentru că, în fine, este modest.

Dar diagnosticul nu este o problemă pur intelectuală. El este un act încărcat de răspundere, iar contactul viu, direct, cu bolnavul îi crește valențele afective. Diagnosticul îndoielnic, în cazurile grave, reprezintă o situație dramatică. Uneori, diagnosticul este pretins cu urgență, pentru că numai o intervenție urgentă poate fi salvatoare. Pentru medic este o obligație, aceea de a nu fi indolent. Saegesser recomandă ca în fața bolnavului medicul să-și pună întrebarea : ce aș face dacă ar fi vorba de mama mea, de copilul meu ? Poate că această recomandație este mai impresionantă decît aceea dată la 1575 de Ambroise Paré : „fiți față de alții cum ați vrea ca alții să fie față de voi". I. Iacobovici conchidea, la sfîrșitul strălucitei sale cariere chirurgicale, că — în caz de îndoială — se impune să operezi „căci este mai bine să regreți la masa de operație, decît la cea de autopsie".

O răspundere deosebită se ivește și în cazurile în care se pot folosi mijloace de investigație ce comportă oarecare riscuri pentru bolnav. Aceste riscuri pot fi estimate pe baza statisticii accidentelor și incidentelor, după cum poate fi estimat și riscul pe care-l poate aduce renunțarea la o explorare lămuritoare (cu alte cuvinte se poate aprecia utilitatea ori serviciile aduse bolnavului). Cel mai bun diagnostic (spune M. Bürger) este acela care, apropiindu-se cel mai mult de adevăr, este stabilit cu mijloacele cele mai simple și mai puțin obositoare pentru bolnav. Bürger numea „diagnostic cu harponul" pe cel bazat pe puncție sau pe excizia bioptică a bucății de organ ; desigur el exagera. Diagnosticul explorativ ia, în unele cazuri, caracterul unei *vivisecții* (metode „invazive").

Apelul la mijloacele de laborator este, firește, îndreptățit de cele mai multe ori, dar el poate deveni numai masca unei „poziții de trîndav" (Pasteur Vallery-Radot) sau — adăugăm noi — a fricii de a-și lua răspunderea unui diagnostic pe baza explorării clinice. Există — din ce în ce mai răspîndită ! — și o credință oarbă în laborator, credință care a fost asemănată cu superstițiile, cu apelul la „ghicitul în cafea" (A. Bourguignon) sau chiar cu credințele magice. O asemenea credință oglindește atît fetișismul tehnicii, cît și fetișizarea „datelor obiective" (eventual a datelor cantitative).

În această ordine de idei remarcăm că, în cadrul instrucției și al educației medicale, nu se acordă atenția cuvenită expunerii surselor de eroare în determinările de laborator sau a limitelor de precizie la care ne putem aștepta (aproximații legate de variabilitatea inter- și intraindividuală, de erorile inerente tehnicii folosite, de „educația personală" a operatorului) ; nu se vorbește aproape deloc despre falsele diagnostice pozitive și despre falsele diagnostice negative etc. Numeroase sînt micile drame generate de constatarea unei variații de cîteva sute de mii de hematii sau de 1—2 mii de leucocite în hemogramă. Unii medici înregistrează fidel cea de a doua zecimală în dozări biochimice care au o eroare inerentă de 5—10% („iluzia zecimalelor"). Laboratorul nu poate înlocui studiul direct al bolnavului, ci îl poate doar completa, clarifica, rectifica (Chauffard). „Exame-

nele speciale, cu toată importanța lor în unele cazuri hotărîtoare, rămîn în principiu un auxiliar al metodei clinice. Explorările speciale constituie o necesitate *pentru* clinică. Superioritatea examenului clinic constă în faptul că el operează cu percepții și reprezentări polisenzoriale foarte complexe, cu mare capacitate de cuprindere a tabloului integral al organismului bolnav și al reacțiilor sale... Examenele speciale, mai ales cele de laborator, dimpotrivă, nu ne dau, de obicei, o imagine integrală a tabloului morbid, ci vizează diferite verigi sau aspecte separate ale acestuia. În schimb, au avantajul că dezvăluie mecanismele intime, esența fenomenelor morbide și pot atinge o înaltă specificitate“ (I. Peatnițchi). Simptomele clinice au un grad de specificitate redus, sesizarea lor depinde de experiența și starea psihologică a observatorului și (ceea ce este important !) nu se pretează la aprecieri cantitative exacte.

Cele mai *frumoase* diagnostice sînt cele în care decursul logic este evident și explicit. În afară de *tipul rațional* al diagnosticianului, există însă și *intuitivul*. De multe ori intuitivii nu sînt în stare să-și justifice diagnosticul *corect* și *subtil*. Probabil că este vorba de procese asociative extraordinar de rapide (L. L. Seputo, 1963), decurgînd mai ales în subconștient. Putem deosebi, de asemenea, tipul diagnosticianului *abstract*, teoretician și tipul cu gîndire *concretă*, de multe ori empirist. Printre tipurile de gîndire întîlnite printre medici este și *probabilistul*. Caracterul *probabilist* al „calculului mintal“ pe care-l face diagnosticianul a fost recunoscut de către clinicienii francezi încă de la mijlocul secolului al XIX-lea. Adăugăm pe *obiectivist* (la care aprecierea datelor aduse de laborator îmbracă aspectul de prejudecată) și pe *logicist* (care judecă în termeni de „sau-sau“). Subliniem că, printre medicii practicieni, există *tipuri* care excelează în diagnostic și altele care excelează în terapeutică, sau în prognostic. Marele chirurg operator nu coincide întotdeauna cu excelentul diagnostician.

Pentru metodolog, diagnosticul medical este un admirabil exemplu de gîndire dialectică complexă (Peatnițchi).



Dezvoltarea ciberneticii a dus, după cum se știe, la constituirea unei veritabile „automatici intelectuale“, mașinile moderne de calcul fiind chemate să rezolve probleme logico-matematice. Printre aceste probleme se numără și cea a stabilirii unui diagnostic medical. Transferarea către mașină a sarcinii de a stabili diagnosticul presupune *programarea* mașinii în acest sens. Programarea presupune, la rîndul ei, posibilitatea de a exprima, prin simboluri matematice, decursul operațiilor logice și de calcul în precizarea diagnosticului (algoritm), deci existența unei teorii *logico-matematice* a diagnosticului medical.

Teoriile logico-matematice ale diagnosticului medical *nu* își propun să reconstituie procesul mental al medicilor aflați în căutarea diagnosticului, ci să ajungă la același rezultat ca și medicul, prin mijlocirea unui număr finit de operații. Prin analogie, putem spune că avionul nu imită zborul păsărilor, dar ajunge la un rezultat asemănător (sau chiar superior). Baza comună a acestor teorii o constituie relația *statistică* dintre simptome și leziune, respectiv dintre simptome și boală. Puține simptome sînt

patognomonice, adică întîlnite în exclusivitate într-o anumită boală; marea lor majoritate se întîlnesc cu frecvențe diferite în diferite boli, ceea ce înseamnă că prezența lor *sugerează* diagnostice diferite cu probabilități diferite. Asocierile de simptome (complexele morbide) întăresc unele prezumții : la un număr suficient de simptome, probabilitatea unui diagnostic se învecinează cu certitudinea. Totodată asocierea unor simptome care contraargumentează un diagnostic (ele se numesc *antisimptome*) scade probabilitatea unui diagnostic pînă la valori neglijabile — cînd, practic, putem exclude eventualitatea acestei boli.

Superioritatea mașinii, în unele cazuri mai simple, poate fi explicată și prin aceea că ea nu este influențată de oboseală sau de factori emoționali, iar memoria ei este mai cuprinzătoare și mai exactă. În schimb, omul are posibilități mai mari decît mașina în diferențierea nuanțelor stării bolnavului după examenul exterior, după anamneză și după istoric ; chiar în cazul unui număr redus de date, el construiește ipoteze după care se călăuzește.

Confruntarea rezultatelor obținute de medic și de mașină poate avea drept scop *corectarea* reciprocă a erorilor (Warner, 1964). În acest fel se poate obține o *ameliorare* a indicilor de performanță la medici, în urma „interacțiunii" medicilor cu calculatoarele.

Folosirea calculatoarelor în scop de diagnostic se întrevede în primul rînd pentru cazurile complexe și pentru cazurile rare, atipice ; de asemenea pentru „triajul prealabil" pe baza fișelor anamnestice sau pe baza cîtorva explorări simple, preliminare. Dar se imaginează folosirea lor în *depozitarea* și *prelucrarea* informației clinice cotidiene, cu scopul „reconstruirii" sistematice a întregii nosologii.

Erorile de diagnostic

Errare humanum est. În medicină, erorile sînt frecvente — dar frecvența lor scade odată cu progresul științei și cu perfecționarea metodelor de investigație. Totul este : 1) să greșim cît mai puțin — spunea Hipocrate și — după peste două milenii — Dupuytren (care se mîndrea că a greșit mai puțin decît alții) ; 2) să învățăm din greșelile care s-au produs („greșelile nu sînt decît greșeli cînd ai curajul să le publici, dar ele devin crime cînd orgoliul te determină să le ascunzi", scria, acum două secole, chirurgul J. L. Petit).

Greșelile (erorile) pot fi împărțite după diferite criterii. De obicei, se înțelege prin greșeală de diagnostic un diagnostic neadevărat (o neconcordanță *totală*) ; neconcordanțele parțiale corespund „aproximațiilor" și sînt, mai ales, erori prin omitere (omisiune) (de boală asociată, stadiu, complicații, etiologie etc.) : *diagnostice incomplete*.

Stabilirea erorii de diagnostic poate fi făcută prin examene ulterioare complementare (*infirmări* de diagnostic), prin aprecierea rezultatelor tratamentului aplicat pe baza diagnosticului, prin intervenție chirurgicală, prin autopsie etc. Henri de Mondeville scria că chirurgia este superioară medicinei între altele pentru că erorile sînt nepermise — fiind mai prompt sesizate și sancționate. De observat că ineficacitatea tratamentului nu este *strîns* corelată cu eroarea în diag-

nostic! De asemenea, subliniem că între *gravitatea* erorii, privită din punctul de vedere al științei și al logicii, și *gravitatea* consecințelor sale pentru bolnav, nu există o corelație foarte strînsă.

Geneza psihologică a erorii este primul aspect care ne interesează. Cauzele psihologice pot să rezide în bolnav (vezi subcapitolul anterior), dar și în medic, sau mai ales în medic : ignoranța ; dar — „la o greșeală datorită necunoașterii revin zece greșeli datorită neglijenței“ (ceea ce este, probabil, o exagerare). Un examen poate fi incomplet pentru că nu i se consacră timpul necesar, medicul este grăbit, examinează în fugă, nu gîndește suficient. Dar el poate fi incomplet din cauza oboselii.

Ce se numește o greșeală din *subiectivism?* Unii susțin (noi sîntem de altă părere) că medicul dă dovadă de subiectivism atunci cînd acordă o importanță excesivă plîngerilor bolnavului — mai ales a acelora care reflectă senzații și percepții și nu tulburări funcționale. Subiectivism poate însemna, însă, subaprecierea datelor de anamneză și de istoric, încrederea exagerată în propriile simțuri sau minimalizarea aportului adus la închegarea unui diagnostic de un grup sau altul de mijloace de investigații. Ideile preconcepute, analogiile superficiale generează, de asemenea, erori prin subiectivism. Pare paradoxal — dar și supraaprecierea datelor furnizate de laborator este o variantă de subiectivism, deși această variantă ar fi cel mai bine etichetată cu termenul de obiectivism. *Les extrêmes se touchent.*

Gîndirea nedialectică generează din plin erori de diagnostic. Gîndirea „dialectică“ înseamnă a vedea în spatele simptomelor interdependența lor, a aprecia subtil și diferențiat legătura dintre cauză și efect, a ține seama de faptul că valoarea aceluiași simptom poate să difere în funcție de momentul evolutiv al bolii, a lua în considerare reacția întregului organism etc. „Cine judecă fragmentar, acela neagă medicina“, scria A. P. Cehov.



O altă problemă importantă privește *atitudinea medicului față de eroare :* față de propriile erori, față de erorile confraților.

Medicul vanitos se consideră cvasiinfailibil. În această privință, un exemplu pozitiv încă neegalat poate, îl reprezintă marele chirurg rus Pirogov, care a lucrat la mijlocul secolului trecut și care considera că orice profesor „trebuie să resimtă în el însuși un fel de necesitate organică care să-l oblige să-și dezvăluie cît mai repede posibil greșelile astfel ca, la rîndul lor, cei care sînt mai puțin instruiți să poată să evite de a le comite“. S-ar putea spune că, în felul acesta, experiența „istorică“ individuală ajunge să contribuie la profilaxia greșelilor la îndemîna tuturor, să ajute ca „istoria să *nu* se repete“.

Un principiu vechi de morală practică pretinde să ierți pe alții, dar niciodată să nu te ierți pe tine însuți.

Autocritica nefățarnică și critica constructivă sînt condițiile *sine qua non* ale instruirii. Ședințele anatomoclinice sînt de aceea de un imens folos formativ și educativ.

Așa cum a insistat I. Goia, studiul erorilor medicale este o inegalabilă școală a medicinii concrete. I. Goia distinge printre alte cauze de erori :

„cursele pe care natura le întinde medicului neavertizat“ (numeroase cazuri de boli atipice) ; greşelile care apar în urma specializării analitice (specialiştii „nu văd pădurea din cauza copacilor“) ; cele datorite labilităţii celor doi factori umani, bolnavul *şi* medicul ; cele din cauza supraaglomerării ; cele din cauza superficialităţii pregătirii ; cele din cauza lipsei simţului răspunderii şi cele din cauza „inexistenţei pasiunii nobile pentru profesiunea aleasă“.

Primejdia „mecanizării“ şi limitele „automatizării“

Să revenim la problema *diagnosticului nosografic*. Dacă sarcinile medicinii terapeutice s-ar reduce la scheme liniare de tipul : „simptome — interpretare — prescripţie“, *automatizarea* actului de diagnostic pare cît se poate de oportună şi se poate preconiza înlocuirea treptată a medicului de către maşini. Ştiinţa medicală este şi devine atît de vastă, încît nici un medic nu poate să înveţe totul şi să-şi amintească, fără greş şi atunci cînd trebuie, tot ce a ştiut. Numai maşinile cibernetice sînt apte să înregistreze, să prelucreze şi să păstreze uriaşa documentare bibliografică şi informaţia clinică, ce se adaugă la suma cunoştinţelor medicale într-un ritm tot mai viu. Hamburger (1968) a arătat că un procent tot mai mare de erori de diagnostic (şi mai ales de tratament) ţine de lipsa unei informări exhaustive. Pentru adepţii concepţiei „tehnocratice“ în medicină, în felul acesta s-ar atinge *un ideal* de obiectivitate, de raţionalitate şi de precizie. În afară de o elită de cercetători, însărcinată să facă să progreseze ştiinţa şi să ţină la zi catalogul progreselor, medicii nu ar mai avea (în cazul „cibernetizării“ tehnice a medicinii) decît o funcţie de *instrumentare ;* invenţia şi intuiţia personală nu şi-ar mai găsi locul. O caricatură a acestui ideal o reprezintă fenomenul (din nefericire destul de întîlnit) al „mecanizării diagnosticului“, — adică al unei rutine „mecanice“ în rezolvarea problemelor *intelectuale* ale practicii medicale, care renunţă din ce în ce mai mult la gîndirea interpretativă şi creatoare, pentru a folosi în principal memorizarea cîtorva scheme-şablon de diagnostic şi de tratament (D. Postelnicu). Acelaşi autor (1968) vorbea despre „diagnostic nosografic“ şi „diagnostic biologic“ (înţelegînd prin „diagnostic biologic“, lămurirea etiologică, ecologică, patogenică şi în raport cu individualitatea organică). Dar diagnosticul trebuie să fie „antropologic“ — explicînd : a) de ce boala „este aşa cum este“ ; b) de ce a apărut tocmai la acest bolnav şi tocmai acum. Boala este *expresie,* are sens şi semnificaţie pentru viaţă şi pentru organism („pentru ce ?“ şi nu numai „din ce cauză ?“).

Despre un diagnostic în etape al persoanei

Schlemmer vorbeşte despre *registre* sau *niveluri* care se cer parcurse succesiv pentru a ajunge de la diagnosticul nosografic la diagnosticul care ţine seama de problematica de viaţă a persoanei.

Bineînţeles că, mai întîi, se cer luate în seamă simptomele resimţite de bolnav şi culese de medic — ele constituind baza pentru diagnosticul primar (de exemplu, ulcer gastric).

Un al doilea nivel ar fi acela în care bolnavul este considerat ca ființă *animală,* a cărui organism caută să-și restabilească homeostazia, manifestînd de exemplu o reacție „de alarmă" (de ex. bolnavul se alimentează la ore neregulate). Al treilea nivel este mai profund : pacientul este văzut ca o ființă *umană* care iubește, înțelege și întreabă. El poate fi un anxios și un nevrozat. La un alt nivel, sensul suferinței se inseră în perspectivă socială : starea nevrotică se datorează, de pildă, relațiilor de serviciu. Sensul acestei perturbări este deci al unei probleme de viață concretă. Cu aceste patru niveluri nu s-au epuizat straturile persoanei, nici în înălțime (probleme axiologice, de responsabilitate, „existențiale" în sens strict) și nici în adîncime (probleme de psihologie abisală).

Așadar, la fiecare bolnav este necesară o tehnică a investigării cu o abordare a bolnavului în planuri ; în această perspectivă, relația cu bolnavul își capătă o deosebită valoare *semantică* și *terapeutică* (*semantică,* pentru că ea îl introduce pe medic în registre de semnificații și de realitate care altfel îi erau închise).

O întrebare care se pune frecvent este următoarea : cum trebuie să evalueze medicul simptomele „nevrotice" pe care le întîlnește în practica cotidiană ? Trebuie ele considerate semnificative sau neglijabile ? Sînt ele expresia unor conflicte trecute, depășite cu succes și compensate sau, din contra, sugerează că procesul psihopatologic este încă activ sau reactivat ? Răspunsul este greu de dat în multe cazuri. Adesea pacientul, datorită unui fel de exhibiționism, aflînd că medicul este avizat asupra problemelor psihologice, își etalează excesiv tulburările și simptomele. De la *înregistrare* la *evaluare* — iată pasul important care cere obiectivitate și experiență.

În timp ce în medicina „organică" diagnosticul înseamnă în primul rînd o înțelegere intelectuală a *bolii,* în investigarea psihologică înțelegerea bolnavului cuprinde și o înțelegere afectivă. În timp ce în medicina organelor se stabilește o *relație profesională,* în medicina „persoanei" se stabilește o *relație personală* (Balint).

Simptomatologie psihică și remedii psihotrope în homeopatie

Homeopatia (întemeiată de Hahnemann și dezvoltată de peste un secol) se călăuzește după principiul *similia similibus curantur,* prescriind remedii care, la omul sănătos, produc un tablou simptomatic asemănător celuia prezentat de bolnav. Acest tablou simptomatic experimental alcătuiește *patogenezia* remediului. Remediul este dat în diluții preparate într-un anume fel („dinamizate"). Ceea ce impresionează în orice *materia medica* homeopatică sau în orice *repertoriu* homeopatic (instrument de lucru aproape indispensabil — cum ar fi repertoriul lui Kent) este abundența de acuze subiective cărora homeopatul le acordă importanță *în specificul lor,* cu atît mai mult cu cît acuzele sînt mai neobișnuite.

Gama informațiilor subiective care pot orienta către remediul *similimum* este foarte variată, iar sistematizarea noastră este orientativă, sau — mai curînd — ilustrativă.

Menţionăm, mai întîi, modificarea sensibilităţii pentru excitaţiile care ne vin pe calea organelor de simţ al exteroceptiei : fotofobia *(Conium)*, hiperacuzia *(Conium, Coffea cruda, Borax)*, intoleranţa la căldură *(Iodium)* sau frilozitatea *(Sabadilla)*, intoleranţa la strînsoarea vestmintelor *(Lachesis)*, incapacitatea de a suporta durerea *(Aconitum, Colocynthis, Chamomilla, Ignatia)*. Capitolul paresteziilor (*Aconitum* etc.) se conectează cu capitolul foarte vast al cenestopatiilor, din care dăm cîteva exemple. Unii bolnavi se plîng de impresii bizare, cum ar fi aceea de a avea o pînză de păianjen pe faţă *(Bromium, Caladium, Baryta carbonica)* sau pe mîna dreaptă *(Borax)*, aceea de a avea o muscă ce se plimbă pe faţă *(Caladium)*, de a se simţi prea greu *(Glonoinum)*; creştetul capului se deschide şi se închide alternativ *(Cannabis indica)*; picioarele sînt prea uşoare cu impresia de levitaţie *(Asarum)*; la deşteptare, se simt bătăi în anus sau vulvă *(Cenchris)* sau în lombe *(Sabina)* ; „cunoştiinţa propriului uter" se găseşte în patogenezia a cel puţin trei remedii (printre care *Medorrhinum* şi *Murex*) ; senzaţia după care inima se opreşte este specifică pentru *Digitalis* — cea după care inima „se mişcă" — pentru *Gelsemium*. Mai cităm : senzaţia unei bule care urcă din esofag spre gît *(Asa foetida)*, de greutate intolerabilă a organelor abdominale *(Lac caninum, Sepia)* care „tind" să iasă prin vagin *(Lilium tigrinum)* etc. Pentru *Elaps* se notează gustul de sînge în gură ; pentru *Mezereum* — impresia că dinţii sînt prea lungi, iar pentru *Crotalus* — impresia că ochii cad din orbite, iar membrul inferior drept este prea scurt. Există cel puţin 5 patogenezii cu senzaţia de dedublare *(Stramonium, Petroleum)*. În aceste situaţii sînt tulburări ale integrării senzoriale ce duc la „imaginea" propriului corp.

O altă categorie de simptome se referă la halucinaţii, insistîndu-se asupra specificităţii lor : şoareci sau şobolani *(Aethusa cynapium)*, şerpi sau păianjeni *(Lac caninum)*, halucinaţii olfactive greţoase *(Paris)* etc.

Un capitol divers este cel care priveşte diferite funcţii intelectuale : memoria, atenţia, ideaţia, puterea de concentrare *(Phosphoric acidum, Phosphorus, Agaricus muscarius, Baryta carbonica)* — pînă la ceea ce numim imbecilitate *(Bufo rana)*, abrutizare sau prostraţie. Ele fac parte, frecvent, din stări mai complexe : epuizare mentală, apatie, depresiune.

Un capitol vast se referă la sfera afectivă. Într-un repertoriu „succint" (Kalmar, 1955) sînt trecute 22 forme de agitaţie, 40 forme de anxietate. Sînt bine cunoscute de către homeopaţi cele determinate (sau corespunzătoare la) *Aconitum napellus, Argentum nitricum, Arsenicum album*. În acelaşi repertoriu, sînt notate 16 forme de emotivitate, 5 remedii pentru stări de excitaţie, 17 forme de eretism sexual şi 12 remedii pentru eretismul ideativ. Stări mai complexe sînt cele de dezgust de viaţă, cu sau fără tendinţă de sinucidere ; de impresionabilitate, de intoleranţe, de iritabilitate şi de impulsiuni. Cităm că, pentru homeopat, impulsiunea către sinucidere este diferenţiată după cum ea se leagă de obiectele tăioase *(Alumina)*, de cele ascuţite *(Spigelia)*, de armele de foc *(Antimonium crudum)*, de înec *(Drosera, Pulsatilla)*, de aruncarea în gol *(Argentum nitricum)*. Sînt notate cu atenţie impulsiunile de a muşca *(Belladona, Hydrophobinum)*, de a sfîşia *(Platina)*, de a sparge *(Hepar sulfur)*, de a lovi *(Tarentula)*, de a ucide *(Platina)*, de a fi grosolan *(Anacardium)* etc.

Ar fi greşit să se creadă că homeopatia se adresează doar stărilor intercurente. Este bogat şi repertoriul caracterologic, Kalmar ocupîndu-se succesiv de caracterul arogant, brutal, capricios, coleric (cu 8 variante), contradictoriu, direct, grosolan, certăreţ-instabil *(Pulsatilla)*, gelos, maniac, răutăcios, neîncrezător, metodic, morocănos, neglijent, orgolios, **leneş, pretenţios, taciturn, timid, veleitar.**

În multe patogenezii, simptomatologia are evidente valenţe axiologice : scrupulozitate *(Chelidonium)*, autoculpabilitate *(Aurum)*, impresia de a fi comis un act de neiertat *(Cereus, Ferrum)*, neglijenţă autocondamnată *(Pulsatilla)*, tendinţa la desfrîu *(Fluoric acidum)*, religiozitatea morbidă *(Lachesis, Platina* etc.).

Unele simptome au de-a face cu atitudinile faţă de boală, moarte, tratament. Teama de a deveni nebun *(Alumina, Argentum nitricum)*, teama de a se sufoca *(Grindelia robusta)*, teama de a muri de boala de care suferi *(Aconitum, Spongia)*, teama de moarte apropiată *(Agnus cactus, Petroleum, Phytolacca, Platina)* sau de moarte iminentă *(Aconitum, Camphora, Argentum nitricum)*, cancerofobia, teama de contaminare *(Borax)*, teama de o cardiopatie *(Lachesis)*, teama de ictus apoplectic *(Phosphorus)*, teama de a fi intolerant la medicamente *(Allium sativum)*, teama de a avea o boală gravă *(Cactus, Drosera, Lac caninum)*, teama de a fi incurabil (prezentă în multe anxietăţi, depresiuni, pitiatism — şi în *Phosphoric acidum*) etc. nu sînt simple „variante" de ipohondrie (pentru aceasta, repertoriul indică 18 remedii, printre care *Petroleum, Sabadilla, Graphites*). Există şi frica de a fi internat *(Lachesis)*. Se diferenţiază remediile adecvate, inclusiv după felul în care acţionează *consolarea :* ea agravează *(Arsenicum album, Helleborus, Sepia, Stannum, Platina)* sau ameliorează *(Aurum, Asa foetida, Pulsatilla)*. Este natural să apară şi variate forme de autodevalorizare la cei suferinzi.

Menţionăm, în sfîrşit, cel puţin 67 de situaţii de insomnie în patogenezii diferite şi numeroase tipuri de vise (inclusiv după conţinut).

Psihologia relațiilor dintre medic și pacient

Introducere

Problemele acestor relații nu au fost totdeauna clar formulate și, mai ales, nu au fost totdeauna bine rezolvate.

Între medic și pacient, în afara aspectelor tehnico-profesionale, se stabilesc o serie de relații care pun față în față două psihologii diferite într-o situație de „colocviu singular“ (Portes, Duhamel).

Bolnavul și medicul nu ignorează nici unul nici altul că fără o ambianță de încredere terapeutica este imposibilă. Cu toate acestea, de multe ori bolnavul este considerat un capitol de patologie, un prilej de experimentare, un caz științific, relația *medic-pacient* fiind transformată în relația *experimentator-obiect*. Aceasta a fost posibil datorită creșterii importanței laboratorului, rezultatelor noilor terapeutici, instrucției savante a medicului, făcînd pe mulți să nu ia în considerare decît *boala* (nu bolnavul) și să nu vadă în toate fenomenele patologice decît efectele unor atingeri de organ. E. Minkowski remarca : „atunci cînd ne îmbrăcăm halatul pentru a intra în serviciu, îmbrăcăm odată cu el și atitudinea pe care o simbolizează, formația de medic și, poate, și *deformația* pe care o comportă“. E. May critica faptul că mulți medici văd în patul de clinică *ființa vie,* dar nu *omul cu suflet.* Primejdia „dezumanizării medicinii“ l-a preocupat și pe cunoscutul filozof francez G. Marcel. Dar încă Sydenham cerea ca „medicul să trateze bolnavul așa cum el însuși ar dori să fie tratat“. G. Thibon spune explicit : „ceea ce cer de la medic este să fiu tratat *ca om* de către un *om...*“. Încrederea în *știința* medicală este mijlocită de încrederea *într-un om,* care este medicul.

Putem să ne întrebăm, în ce măsură progresele psihologiei și ale antropologiei (înțeleasă drept concepție adecvată despre om) fundamentează o relație care se vrea, printre altele, fundamentată afectiv. Informația psihologică, pregătirea de specialitate în domeniul fenomenelor și afecțiunilor psihice nu este însă suficientă. Așa cum remarca R. Kourilski : „abordat de către un psihiatru, bolnavul se va simți obiectul unei clasificări. Abordat de către psihanalist, el se simte în prezența unui soi de experimentator, a unui înregistrator impasibil ; acesta trebuie să ex-

tragă din personalitatea sa o serie de fapte, care-i par foarte îndepărtate de suferințele de care se plînge. Iar abordarea zisă psihosomatică este o juxtapunere și o comparație a fenomenelor care se desfășoară simultan în cele două registre“.

Atunci cînd medicii au o atitudine apropiată față de bolnav (vorbe „bune“, compasiune, explicații răbdătoare etc.), situația se schimbă. Este atitudinea vechilor clinicieni și care contribuie în mare măsură nu numai la înțelegerea dintre medic-bolnav, dar și la succesul terapeuticii. Ed. Pamfil a făcut observația că medicina veche nu dispunea de multe tratamente fizice, chimice etc. eficace, dar era totuși *eficace* grație psihoterapiei și relațiilor interpersonale medic-pacient.

Un bolnav este *în totalitate bolnav ;* întreaga sa *persoană* participă la această dramă. Medicul trebuie *informat* că psihologia și-a cîștigat locul meritat în ansamblul științelor despre viață, că a fost demonstrată și corelația strînsă a fenomenelor psihice cu cele considerate organice. El trebuie, în același timp, să fie *format* pentru a putea aborda bolnavul cu o anumită tactică psihologică. Medicul trebuie să fie util nu numai prin cunoștințele sale de specialitate, ci și prin sfaturile pe care le dă în vederea unei reconstrucții sufletești și morale.

Persoana „intră“ în boală cu un anumit tip de sistem nervos și de temperament, cu anumite dominante instinctuale și axiologice, cu un anumit caracter și fel de inteligență, cu o anumită ereditate, cu complexe și cu păreri preconcepute, cu un anumit orizont cultural. Bolnavul ia anumite *atitudini* față de boală, dar în același timp și anumite *atitudini* față de medici : încredere, stimă, simpatie, însă — posibil — și îndoială, teamă, dispreț, ură.



Relațiile medic-pacient fac parte din *psihologia comportamentului interpersonal*. În acest cadru se deosebesc cel puțin șapte categorii :

1. interacțiune socială (cooperantă sau competitivă) produsă de tendințe care nu sînt propriu-zis de natură socială (cum ar fi nevoia de hrană sau de bani) ;
2. dependență — cuprinzînd acceptanță, interacțiune, ajutor, protecție, călăuzire ;
3. afiliație — cuprinzînd proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase ;
4. dominanță — adică acceptarea de către alții a poziției de lider, sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc. ;
5. sexualitate — cuprinzînd proximitate fizică, contact corporal, interacțiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive ;
6. agresiune — lezarea altora pe plan fizic, verbal etc. ;
7. autostimă și ego-identitate : acceptarea autoimaginii de către alții, sau acceptarea imaginii pe care o au alții despre sine.

Diferite tipuri de psihopatii, nevroze și psihoze le afectează în mod specific, iar terapeutica (chimică, fizică sau psihică) ameliorează acest comportament.

Analiza relațiilor medic-pacient se poate face fructuos și din alte puncte de vedere : lingvistic, comunicațional în genere etc.

Despre dialogul medic-pacient

„În sanctuarele Greciei antice, Esculap nu vorbea ci asculta", amintește Albeaux-Fernet. *A ști să asculți* este prima condiție a unui *dialog*. Dar ce poate să *spună* bolnavul? În general, el nu are cunoștințele medicale care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termeni proprii și preciși. El poate să tacă din timiditate, sau pentru că nu găsește cuvintele potrivite. El poate folosi cuvinte „goale" de conținut și cuvinte vagi. Este bine cunoscută (și naturală) ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sînt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Cum trebuie să procedeze medicul pentru a obține detaliile ce conțin multă informație necesară diagnosticului, fără a-l sugestiona pe bolnav să răspundă în sensul unui diagnostic preconceput — iată ceea ce nu se învață decît printr-o îndelungată experiență. Aici putem aminti doar că acuzele cele mai supărătoare pentru bolnav (de ex. cefaleea) pot fi de minimă importanță pentru diagnostic; ceea ce nu înseamnă că, din punct de vedere terapeutic, ele ar trebui neglijate, ci dimpotrivă. Se cere depășirea punctului de vedere al „expertului" cu încercarea de a privi lucrurile din punctul de vedere al bolnavului *(depășirea iatrocentrismului)*. Valoarea simptomului subiectiv poate fi uneori mai mare decît valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator. Am amintit că, în homeopatie, se acordă cea mai mare atenție simptomelor subiective neobișnuite, bizare, ciudate — pentru alegerea remediului potrivit.

Un alt element de care trebuie să se țină seama este *înțelesul* cuvintelor, care diferă uneori foarte mult după gradul de cultură și după calitatea culturii pacienților (element semantic).

Oricum, medicul și pacientul nu privesc boala de pe aceeași platformă. Un diagnostic de tuberculoză înseamnă pentru medic o problemă de prognostic și de măsuri eficace. Pacientul se întreabă dacă diagnosticul este o „sentință la moarte", dacă boala este o „pedeapsă" sau un „blestem". A fi tuberculos este — pentru mulți — o realitate inavuabilă, o situație ce trebuie camuflată — chiar față de propria conștiință (de aci tendința de a neglija tratamentul). (Cuvîntul popular „ofticos" are, după cum se știe, un înțeles pejorativ). S-a constatat că frecvența tuberculozei este mai mare printre cei care refuză să se supună explorărilor radiologice. Medicul este preocupat de primejdia socială pe care o reprezintă bolnavul și de autoritatea sa profesională. El, care este de multe ori un „desrădăcinat" și, de obicei, un om cu bunăstare, care consideră că „obiectivul nr. 1" nu poate fi decît sănătatea, nu va înțelege întotdeauna de ce un pacient opune rezistență la recomandația de a-și schimba locul de muncă sau de a se muta într-o altă localitate cu o climă mai potrivită. Fără a cunoaște elementele de cultură autohtonă, de prejudecată și de superstiție din regiune, medicul va pricepe cu greu de ce femeile evită să nască în maternități sau de ce unii bolnavi refuză să admită un tratament psihiatric.

Problemele privind *comunicarea* dintre medic și pacient nu se rezumă la problemele de limbaj.

Medicul trebuie să *înțeleagă* nu numai boala, ci și bolnavul. Această înțelegere înseamnă *cunoaștere* și *comprehensiune*, nu numai *cunoștințe**, înseamnă cunoașterea unui individ (cunoaștere-*idiografică*). În înțelegerea unui individ, sînt de evitat, mai întîi, două greșeli capitale : a) suprasimplificarea ; b) proiecția (îi atribuim caracteristici care sînt ale noastre). Am văzut în alt capitol marea importanță practică a *tipologiei* ; dar cunoașterea individului prin mijlocirea „clasei logice generale" căreia-i aparține, deși este necesară, nu este suficientă. Cum reușim să ajungem *chiar* la individ ? Aci intervin procedee „intuitive", „instinctive" sau „imaginative", care *nu* fac parte din arsenalul *științific* al medicului, dar care sînt ajutate de cultura literară.

Empatia (Titchener) corespunde acelui *Einfühlung* al esteticianului german Th. Lipps.

Transpunerea aceasta imaginativă (R. Dymond, 1949 ; F. Massarik, 1959) este o *tentativă* de a „înțelege" activitățile altora care nu ne sînt imediat inteligibile ; dar o adevărată înțelegere o realizează abia *identificarea* (S. Freud). Ceva mai puțin decît empatia se realizează prin *simpatie* (sau atitudine simpatetică) care este o *participare* (Bergson). Schematizînd, am putea spune (W. Musta, 1964) că o parte a ego-ului trebuie să fie angajată în procesul empatic („introduc" persoana în mine și mă identific cu ea) în timp ce altă parte menține distanța și „supraveghează". Medicul care se *identifică* cu pacientul (așa cum se identifică copilul cu părintele său) este „pierdut" ; de asemenea cel care are „dragoste" pentru bolnav. Pentru a evita complicarea relației cu elemente „erotice" (favorizate de explorările manuale etc.) se cer luate măsuri de precauție speciale.

Firește, o astfel de „comunicare" nu este exclusiv una pe planul cunoașterii raționale — și ea nu este numai pe planul cunoașterii. În orice act medical găsim mai mult decît „lucruri reci" *(kalte Tatsachen) (Furstenberg)* ; găsim „un al treilea factor" (component) care este puntea de *înțelegere între om și om* (Loomis). S-a vorbit despre „antanta cordială" care se stabilește, în cazuri ideale, între medic și bolnav (Milcoveanu) ; la simpatia pentru pacient, aceasta răspunde cu încredere. S-ar face un „dublu transfer psihologic" : medicul înglobează în sine suferința bolnavului și îi transferă *voința de a se vindeca*. În situația de transfer, bolnavul „ascultă" de medic ca și de părinte, de *teamă ca să nu-i piardă afecțiunea*. În orice caz, comunicarea complexă și profundă care se efectuează de exemplu în cursul unui tratament psihanalitic poate fi privită ca o premisă exemplară a studiului metodic al semenului (și care numai în confesiunea religioasă își găsea un corespondent, în ce privește franchețea și dorința de a se descoperi). Dacă judecăm situația „ideală" și ca o concretizare a tendinței filantropice de întrajutorare, relația medic-pacient este o paradigmă semnificativă a relației între „eu" și „tu" (relația *antropologică*, despre care au vorbit pe larg Buber și Minkowski)**.

---

* În limba engleză există *knowledge* și *comprehension* : W. James vorbea despre *knowledge about* și *acquintance with* : Allport folosește, în textul englez, și cuvîntul german *Verstehen*.

** În dragoste însă, relația „eu-tu" tinde la contopire și/sau la formarea unui „noi" *(Wirbildung)*.

Nu toți bolnavii vin la medic pentru a fi *vindecați*. Unii vin să găsească o detensionare, alții — pentru a-și satisface variate dorințe inconștiente, alții — pentru a găsi o *acoperire* medicală a unei situații penibile. Couvelaire (1965) a vorbit despre *refugiul* oferit de bolile căilor genito-urinare ; bărbatul impotent își acuză prostata, în timp ce femeia frigidă sau cu dispareunie își acuză vezica. Am putea spune că la diferite motivații care stau la baza activității medicale corespund diferite motivații pentru a fi pacient.

În relația „medic-pacient" există și un schimb de stimulări și inhibiții — între cele două părți „contractante" : despre caracterul contractual (tranzacțional) al actului medical a scris K. Menninger. Este una dintre faptele care justifică aforismul lui Nietzsche : trebuie să fii născut pentru medicul *tău ;* altfel „te paște primejdia". Acest aforism se poate inversa ; medicul datorează mult încrederii bolnavilor, în ce privește succesul și echilibrul său interior. Acest fapt a fost admirabil sesizat de T. Tanco care, atunci cînd își „alege" chirurgul care să-l opereze, se gîndește ca prin aceasta să-i crească prestigiul între confrați.

Medicul trebuie să se ferească să impună bolnavului idealul său *personal* de sănătate, să-l facă „după chipul și asemănarea sa". Niciodată nu trebuie să uităm că bolnavul care a căpătat *încredere* în medic nu-i va ierta niciodată *o dezamăgire.*

Este interesant să subliniem că, pentru majoritatea bolnavilor, *dialogul* propriu-zis cu medicul are o mare valoare de susținere ; dar nu medicul pare a fi elementul esențial, ci *convorbirea.* Ameliorări ale stării mentale s-au putut obține chiar și prin dialoguri cu mașini cibernetice !

Psihologia „situațională" a bolnavului

A ști ceea ce trebuie pentru a îngriji un bolnav nu înseamnă numai a cunoaște *numele bolii sale,* ci și a înțelege „patronimul" sau *„sensul situației bolnavului".*

a) Situația „primitivă" este aceea care ne revelează pe bolnav căutînd miracolul, minunea : este *situația „magică".* Este denumită astfel pentru că pacientul atribuie medicului puteri supraomenești, chiar divine. Bolnavii care așteaptă „minunea" sînt foarte numeroși și în societatea noastră, chiar printre oameni instruiți. Știm că, la mulți bolnavi, boala însăși determină o regresiune de mentalitate. Fr. Rainer sublinia că aproape fiecare bolnav *ar vrea* ca medicul său să fie înzestrat cu puteri supranaturale. Dintre aceștia se recrutează cei care se adresează cu predilecție „tămăduitorilor" ; este o problemă pe care o vom relua într-un paragraf special. Elementul magic este chemat, de obicei, să explice „de ce" (de ce eu și nu altul, de ce aici și acum) în timp ce știința explică „cum" s-a produs boala. În felul acesta, în mintea unor bolnavi, explicația bacteriologică și cea magică a tuberculozei, de exemplu, pot fi compatibile. Cauza „cooperantă" este, la popoarele primitive, „gîndul rău" (atribuit unor persoane antipatice, „însemnate" sau „infirme) ; la oamenii civilizați — soarta, destinul (atribuire care poate calma prin deproblematizare). Dacă bolnavii noștri nu mai caută printre oamenii din anturaj un *țap ispășitor,* totuși ei văd în medicul de prestigiu *un mag.*

Alții, din contra, suferind influența mediului cultural (reflex al „modei sociale“), atribuie cea mai mare importanță medicamentelor „noi“, suverane, considerate panaceuri. Natural, este vorba de ultima specialitate de pe plan mondial.

De multe ori, medicul nu poate să refuze aceste medicamente care servesc (cel puțin) ca „vehicul“ psihoterapeutic, mai ales atunci cînd o psihoterapie propriu-zisă pare dificilă. El trebuie să descopere și să tolereze rolul de refugiu împotriva angoasei pe care-l joacă anumite medicamente și să încerce, la fiecare consultație, să deceleze partea de coeficient psihic care intervine în simptomatologie.

b) *Situația de dependență.* Prin însăși boala lor, bolnavii sînt într-o situație de *inferioritate,* care este cu atît mai marcată cu cît eul lor este mai slab, fără o capacitate de compensație (sau de supracompensație) a tulburărilor care îl asaltează. Așa cum s-a remarcat uneori, adultul devine prin boală un copil, dar în special structura nevrotică care nu își poate finaliza maturizarea personalității sale manifestă un atașament afectiv particular față de medic. Freud, care a pus această relație în centrul explicării mecanismelor psihoterapeutice, a propus, pentru a o desemna, termenul de *transfer(t).* Pentru psihanaliză, transfertul este o repetiție (în viața actuală a bolnavului și în particular în relațiile sale cu medicul) a atitudinii emoționale („iraționale“) dezvoltată în copilărie față de familie și în special față de părinți. El reprezintă o proiectare asupra medicului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență) pe care bolnavul le-ar fi avut mai înainte în relațiile cu un părinte (sau cu o persoană din jurul său care ținea loc de părinte).

Sub numele de *contratransfert,* psihanaliza descrie, pe de altă parte, anumite atitudini negative ale medicului față de bolnav (mînie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și și-ar avea origine în proiectările și identificările iraționale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, medicul „vede“ în bolnav pe altcineva, o persoană care a jucat un rol în biografia sa afectivă. Acest contratransfert are o influență defavorabilă asupra acțiunii terapeutice a medicului; psihanaliza recomandă ca orice medic care trebuie să trateze subiecți nevrozați, să-și facă el însuși o psihoterapie (psihoanaliză didactică) în așa fel încît propriile sale probleme psihologice ale inconștientului să nu se interfereze cu acelea ale bolnavului.

La un moment al dezvoltării sale, transfertul poate să ia forma *dragostei.* Această „dragoste“, conștientă sau nu, apare mai ușor și este mai ușor exteriorizată dacă medicul și bolnavul sînt de sex diferit.

Mai menționăm că anumiți subiecți, în particular erotomanii (= cei care au iluzia delirantă că sînt iubiți), pot deveni periculoși nu numai prin inoportunitatea lor, ci și prin comportarea lor agresivă cauzată de ciudă, de gelozie etc.

c) *Complexul paternalist.* S-a semnalat posibilitatea de apariție, la medic, a unui complex de acest tip. Dacă, prin regresiune, conduita bolnavului se organizează pe poziții infantile, conduita medicului se constituie corespunzător pe modul paternal (Valabrega). Medicul manifestă o atitudine paternală pentru diverse motive. *Autoaprecierea* pe care o face despre rolul său dominator, nevoia sufletească de a acționa asupra altora,

ambiția de a avea o situație deosebită personală în profesie, dorința de a-și cîștiga un prestigiu, manifestările de rivalitate agresivă pentru a-și capta clienți, pentru a *reuși*, sînt tot atîtea circumstanțe psihologice care favorizează rolul de „tată". Medicii care au fost frustrați de afecțiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care și-au refulat dorințele de cucerire, pot ajunge (datorită unei nevoi de compensare) să caute satisfacții de „valorizare" pe lîngă pacienții lor. Medicul care vrea să facă totul singur, să se ocupe *numai el* de toate suferințele bolnavului său, corespunde acestui complex de autoritarism paternalist. Acțiunea lui poate fi de multe ori antisocială și antimedicală, cînd lipsește pe bolnav de competența altora de care ar avea nevoie.

Medicul și pretențiile pacientului

De actul de diagnostic pe care îl face medicul se leagă atît *teama* bolnavului (teamă de prezența bolii sau și de gravitatea ei), cît și *speranța* că medicul i-o poate trata eficace.

Medicul trebuie de la început să-l *asigure* pe bolnav, să-i creeze o *atmosferă de destindere și încredere,* imediat ce simte „nota emoțională" a anamnezei.

Anumiți bolnavi, printr-un fel de *antrenament* datorit deselor frecventări a cabinetelor medicale, au pierdut emotivitatea primelor contacte, avînd aerul că vor să domine ei contactul cu medicul și manifestă o oarecare agresivitate împotriva oricărei tentative de pătrundere indiscretă în intimitatea lor.

Din ce în ce mai frecvent întîlnim bolnavi ce au ajuns la concluzia unui diagnostic pe baza brumei de cunoștințe medicale pe care astăzi o are orice om cu oarecare cultură. Încă în secolul trecut, Guyon spunea că „bolnavii au pretenția de a fi mai buni judecători ai simptomelor pe care le prezintă decît medicii".

Medicul va accepta aceste interpretări cu mult simț critic și nu le va respinge dintr-o dată, brutal, cu ironie sau cu o enervare ce ar traduce în primul rînd *susceptibilitatea* sa față de pătrunderi ilicite în domeniul său de competență. El trebuie să știe să găsească momentul propice pentru a arăta bolnavului, *căruia i-a captat încrederea,* care este diagnosticul *corect* și care este terapeutica oportună.

După Balint, unul din efectele cele mai importante (dacă nu efectul esențial) al „remediului medic" constă în răspunsul univoc, hotărît, la întrebările puse (sau la soluțiile oferite) de bolnavi.

În general, medicul *nu trebuie să se lase condus* de bolnavul care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci și tratamentul, deși este obligat să țină seama de idiosincraziile acestuia, de experiența sa de „bolnav", de ameliorările obținute cu anumite terapeutici. Amintim că metoda abreacției prin *catarsis* i-a fost sugerată lui Breuer de către o pacientă. Există însă și tulburări instigate de bolnavi, cum sînt cele menționate de R. Couvelaire relativ la uretritele banale : „omul neliniștit

se pretează la mii de manopere instrumentale, mai curînd nocive decît utile, și unele scurgeri nu-și datorează perenitatea decît agenților chimici și traumatismelor".

În alte cazuri, medicul poate fi bine intenționat, tolerant și înțelegător — iar bolnavul cooperant, participă efectiv la terapeutica indicată ; dar, cu toate eforturile reciproce, ameliorările nu apar, pentru că bolnavul s-a „instalat în boala sa organizată". Intervine aci o „homeostazie a stării patologice" și, uneori, mecanisme inconștiente care întrețin boala (pentru „avantajele" sale, ca expresie de satisfacție autopunitivă, de „masochism" etc.).



Insistăm încă odată asupra *pretenției pacienților de a primi medicamente*. După Hudson, această „prejudecată" este, în zilele noastre, una dintre însemnatele cauze ale *polifarmaciei*.

Informați despre progresele farmacologiei, pacienții pretind medicamente nu numai pentru boală și durere, ci și pentru orice senzații neplăcute fizice și mentale. Această ipohondrie i-a împins pe medici în atitudinea *de a face ceva (do-something attitude)*... Refuzul bolnavului de a primi un tratament este interpretat ca semnul unei boli incurabile sau ca dovada incăpacității profesionale a medicului. O cauză importantă a polifarmaciei este însă și *reclama* medicamentelor, legată de dezvoltarea industriei farmaceutice. Probabil că antibioticele sînt prescrise corect (în S.U.A.) abia în 1/10 cazuri (H. Besty și R. Petersdorf, 1966). Menționăm că la mai mult de 1/6 din pacienți există reacții „adverse" la droguri, neplăcute și neașteptate ; uneori, acestea pot fi mortale.

Informarea pacientului de către medic

Ne punem întrebarea *cînd, cum* și *cît* din adevăr și detalii asupra bolii trebuie comunicate celui suferind.

Forma sub care urmează să-i prezentăm realitatea este în funcție de personalitatea bolnavului, de natura bolii sale și de personalitatea medicului.

a) Cînd un bolnav vine să ne consulte pentru o suferință certă, iar medicul nu găsește nimic lezional-*organic*, este o greșeală să se spună pacientului că „nu are nimic". Este o greșeală să i se propună un tratament fără a i se spune diagnosticul, ceea ce duce la nemulțumiri justificate din partea pacientului. Pacientul are și el o „nevoie de a ști", mai ales azi cînd nivelul de informare generală și de cultură medicală este relativ ridicat.

b) În special atunci cînd este vorba de afecțiuni cronice, de boli antrenînd incapacitatea de muncă prelungită, de readaptare funcțională și profesională, medicul trebuie să aibe multă răbdare și tact pentru a face ca bolnavul *să-și accepte boala*. Este necesar să se acorde timp suficient pacientului pentru a-l ajuta să înțeleagă ce are și ce are de făcut.

c) „Nevoia de a ști" a celor mai mulți bolnavi ține de anxietate, dar un coeficient important revine și curiozității în legătură cu cele ce se petrec în „mașina" omenească.

d) În bolile grave (și nu numai în cele 100% letale) se pune problema *protecției bolnavului* contra *diagnosticului* (Mathé, Amiel și Schwarzenberg).

Familiei trebuie să i se comunice diagnosticul, dar cu anumite rezerve. Unor membri ai familiei, foarte sensibili, pentru care pierderea bolnavului ar fi extrem de dureroasă și care sînt pentru pacient sprijinul de fiecare minut, adevărul nu trebuie să fie mărturisit pe de-a întregul. Pe de altă parte este obligatoriu de a lăsa, în orice situație, o urmă de speranță, legată de exemplu de posibilitatea apariției unei noi terapeutici. În ceea ce privește *bolnavul*, este nu numai neștiințific, ci și imoral de a rezolva această problemă *a priori* pe baza unor concepții religioase sau filozofice (Mathé). Scopul medicului este de a ajuta pacienții să supraviețuiască cît mai mult timp posibil în cel mai bun confort fizic și moral. O excepție o fac bolnavii pentru care scopul vieții nu este viața însăși, ci o anumită realizare. P. Larousse, în timp ce-și elabora lexiconul care l-a făcut celebru, scria că „dacă va trebui să moară la datorie va muri, numai dicționarul să fie terminat" (era tipul *Werkgebunden*). Chiar dacă sînt caractere puternice, oameni curajoși sau au o concepție filozofică sau morală în cadrul căreia moartea este privită ca o eliberare, pentru bolnavii incurabili care-și cunosc prognosticul, viața devine *penibilă;* chiar cei echilibrați devin anxioși, interesîndu-se obsedant de boala lor ; apar frecvent stări de depresiune sau chiar tentative de sinucidere.

Alegerea soluției depinde de aspectul psihologic al bolnavului, de comportarea sa etc. Sînt pacienți care *nu vor să știe* și la care putem rămîne cu relatarea unor date aproximative. Celor care vor să știe cu orice preț nu le vom tăia orice speranță ; li se poate spune (ceea ce este adevărat !) că diagnosticul nu este absolut sigur, că există posibilitatea unor evoluții foarte lungi, că nu sînt excluse remisiuni spontane, că progresele cercetării medicale în domeniul terapeutic sînt foarte rapide.

S-a scris (Riese) că „între adevărul a cărui voce nu o înțelegem întotdeauna și minciuna a cărei oră nu ar trebui niciodată să sune, mai există tăcerea, puțin cultivată de oameni". Folosirea „diagnosticurilor atenuate", cum spune Debray, este totdeauna de recomandat medicilor și chirurgilor.

Consimțămîntul

Un alt aspect al relației medic-pacient este *consimțămîntul* bolnavului (sau mai bine zis adeziunea sau asentimentul lui) la actul medical. Acest consimțămînt decurge dintr-un principiu fundamental, care este *libertatea* bolnavului. Nici un medic nu o poate pune în discuție, în afară de anumite cazuri particulare (bolnavi inconștienți, mentali etc.). Libertatea bolnavului este un principiu de bază al deontologiei medicale (Debray). G. Thibon scria : „schimbul uman (între medic și pacient) implică respectul libertății mele".

Problema consimțămîntului bolnavului are în multe cazuri rezonanțe etice și juridice. Aspectele nu trebuie confundate. Adeziunea personală a bolnavului nu trebuie ignorată nici atunci cînd este realizată de către

indivizi care nu sînt „persoane“ din punct de vedere juridic (minori, orfani) sau a căror responsabilitate este atenuată sau momentan abolită de suferință și pe care trebuie să-i vindecăm (Debray). Nu trebuie nici să abuzăm de slăbiciunea momentană a voinței bolnavului, din cauza bolii, pentru a-i smulge consimțămîntul pentru acte terapeutice discutabile sau riscante. Interesul bolnavului primează totdeauna în ochii medicului *ideal*. De aceea, în cazuri de urgență absolută (răniți, accidentați, sinucigași, sarcini distocice etc.), atitudinea (conduita) medicului va fi condusă de criteriul de utilitate.

Formarea și educarea bolnavului

În orice colocviu medic-pacient se încearcă, mai mult sau mai puțin explicit, o convertire a pacienților în vederea adoptării unor valori și credințe ale medicului. Este ceea ce Balint denumește „funcție apostolică“ a medicului. Orice examen al unui bolnav implică și un examen propriu, ceea ce duce la exprimarea propriilor idei și dorințe în legătură cu ceea ce ar trebui făcut într-o anumită situație. Este adevărat că unul dintre mijloacele esențiale de a ameliora competența psihoterapeutică a medicului este de a-l face conștient de similitudinea problemelor omenești care-l afectează pe medic și pe pacient. *Nil humanum a me alienum puto* — scria, în antichitate, medicul și scriitorul Terentiu — frază îndrăgită și de K. Marx. Dar, totodată, este nevoie să-i semnalăm și tendința de constrîngere pe care o exercită, voluntar sau nu, asupra pacientului, „înclinația sa apostolică“, pentru a-l face să evite practicarea automată a acesteia. Cu alte cuvinte, „convertirea“ la propriile valori nu poate fi tentată într-o modalitate dogmatică și „moralizatoare“ ; trebuie să se țină seama de faptul că omul este (cum spunea Montaigne) *ondoyant et divers*.

Un alt aspect al funcției „apostolice“ este de ordin caritabil : de pildă, vizitarea la domiciliu a bolnavilor cronici, pentru care, nu rareori, medicina curativă nu poate face mult. Ajutorul psihologic consolator pe care-l poate aduce medicul simpatizant și afectuos poate fi însă foarte mare. Aici se pune problema convertirii bolnavului la o anumită *filozofie a vieții*, pentru a-i da încredere și speranță sau pentru a-l face să-și accepte suferința fără a-și dezorganiza viața, fără să și-o simtă ca pe o povară și fără a se simți ei înșiși o povară. Astfel medicul previne, în esență, o „psihizare“ a bolii organice, sau evită ca o asemenea psihizare să treacă din stadiul „neorganizat“ în stadiul „organizat“.

Implicații etice le are și funcția de „duhovnic“ a medicului. Balint justifică întrebuințarea acestui termen teologic pentru a reda cît mai concret situațiile întîlnite la pacienții scrupuloși, care socotesc că a fi bolnav este aproape un păcat, o stare dînd privilegii „nemeritate“, provocînd oboseala și sacrificiul altora. Și bolnavii care sînt gata să profite de cea mai mică ocazie pentru a cere asistență și îngrijire, căutînd să obțină un maximum de avantaje datorită acestei stări, pot avea sentimente de culpabilitate și remușcări. Iată deci cazuri în care medicul poate fi adus în situația de a rezolva probleme similare celor care se pun unui „preot“.

Admițînd metafora lui Balint, după care medicul este el însuși un medicament, se pune întrebarea : care este forma sub care medicul ar trebui „să se prescrie el însuși“ ?

Sînt posibile mai multe atitudini : 1) de *tutore autoritar*, care nu dă nici o explicație, așteptînd de la bolnav o ascultare fidelă ; 2) de *mentor* care își oferă cunoștințele de expert, gata să-l învețe pe pacient să se adapteze la condițiile modificate ale stării sale de sănătate ; 3) de *savant-detașat*, care descrie obiectiv avantajele și inconvenientele diferitelor posibilități terapeutice, lăsînd pacientului libertatea de alegere, dar și impunîndu-i responsabilitatea acestei alegeri ; 4) de *bun părinte protector*, care caută să evite copilului său — pacientul — orice noutate dureroasă sau orice responsabilitate chinuitoare sau 5) de *avocat al „adevărului înainte de toate“*, care socoate că nimic nu este mai rău decît îndoiala și care poate spune chiar și ceea ce nu este necesar bolnavului. Ideal ar fi ca medicul să-și adapteze atitudinea în funcție de caz și de bolnav, dar deseori el se comportă conform temperamentului și caracterului propriu.

Necesitatea *formării* pacientului în vederea unei comportări adecvate este indiscutabilă. Un bolnav „format“ va putea compensa deficiențele momentane ale medicului. Medicul este și el om, nu poate fi disponibil oricînd, are oboselile și îndoielile lui, problemele sale de viață ; există și limite de răbdare față de exigențele neraționale ale bolnavului. Asupra relației „asimetrice“ dintre medic și bolnav, în ce privește toleranța față de slăbiciuni și greșeală, au scris Veresaiev *(Însemnările unui medic)* și, la noi, recent, I. Vintilă *(Încleștarea cu moartea)*. Pacientul nu apreciază întotdeauna efortul și ajutorul medicului, nu-i acordă întotdeauna încrederea și respectul cuvenit etc. În acest dialog cu oscilație, este nevoie de tact, de finețe, de înțelegere și de compasiune din partea medicului, dar în același timp este necesară și educarea bolnavului în ceea ce privește atitudinea sa față de boală și atitudinea față de medic. Gratuitatea asistenței medicale ocazionează deseori abuzuri din partea bolnavilor (chemări la domiciliu pentru ușoare indispoziții, solicitarea ajutorului de urgență pentru probleme banale, inoportunarea medicilor cu bagatele etc.).



Fiecare bolnav își face un tablou propriu al bolii sale, *tablou autoplastic* (Goldscheider) sau *tablou intern* (Luria), ca rezultat al unui proces psihofiziologic de „autoscopie“ și de interpretare. Bolnavul (chiar cel cu un minim de cultură medicală) își construiește și un diagnostic ; nu rareori acest fals diagnostic induce în eroare pe medic, deoarece el centrează expunerea simptomelor și anamneza.

Medicul văzut de pacienți

W. Schulte a trecut în revistă cîteva dintre ipostazele în care este văzut medicul *psihoterapeut* de către pacienții săi, adăugînd și cîteva dintre *idealurile* psihoterapiei moderne : reprezentantul unei tehnici științifice, dar și a unei „forțe numenale“ *(arhetipul* de vindecător, Göppert) ;

magicianul, mîntuitorul, preotul ; omul de știință, luptătorul, salvatorul, liberatorul, artistul. Medicul poate fi considerat un erudit, un înțelept, un învățat, un judecător, un sfătuitor, un pedagog, un moralist, un predicator, un apostol. În medic, bolnavul poate vedea o autoritate sau reprezentantul solidarității omenești. În această ultimă calitate poate fi un tată, o mamă (Rosen), un frate, un camarad, o soră, un prieten, un ajutor, un complice, un martor, o „persoană de încredere", un partener *(Mitmensch)*. Poate fi privit ca un profesionist sau ca o *persoană*. Poate fi un om priceput (un expert, un specialist) sau un simplu „mediu de transfert". Poate fi un catalizator sau un ferment al interacțiunii terapeutice dintre oameni (în *terapia de grup*) ; un „releu impersonal" pentru a ajuta folosirea resurselor interne ale bolnavului (H. Simon) sau numai o oglindă care să ajute bolnavul să se cunoască (Freud și psihanaliștii). De fapt, și medicul omnipractician sau specialistul trebuie să fie cîte puțin „din toate", de la caz la caz.

Oricum, bolnavul așteaptă ajutorul medicului într-o stare afectivă excepțională care-i subminează obiectivitatea și-i exacerbează ambivalențele. Este cunoscută o secvență de gravuri de la sfîrșitul Evului Mediu : medicul era prezentat succesiv ca Hristos, ca înger, ca simplu om și ca diavol. Această succesiune de imagini corespunde respectiv tensiunilor afective ale bolnavului la începutul bolii, în perioada de convalescență, după vindecare și atunci cînd își cere onorariul. În realitate, nu numai aspectul *pecuniar* este la baza nerecunoștinței sau a defăimării laice, ci tocmai această ambivalență care-l face pe pacient sau pe candidatul la boală să diminueze calitățile și să exagereze defectele celuia care are competența și dreptul de a interveni în viața sa organismică și personal-intimă, celui de care a fost sau este dependent. Ughetti notează că, în spectacolele vulgare, profesiunea de medic este considerată ca un fel de alternativă a destinului de criminal ; „nu există medic la care publicul să nu găsească vreo greșeală" ; medicii au fost considerați întotdeauna ca făcînd parte din grupa persoanelor „suspecte". Medicul italian mai nota că ruperea bunelor relații dintre medic și pacient vine de obicei de la pacient și că „sînt pacienți care își părăsesc medicul din recunoștință". Nu știm dacă asemenea reacții constituie *regula* sau, mai curînd, *excepția*.



În altă ordine de idei, semnalăm doar problema de *psihologie socială* a *succesului* medical, a *renumelui*, măsurat (în condițiile în care pacientul era *client* de cabinet sau de sanatoriu particular) prin abundența clientelei și prin cîștig. Psihosociologia succesului a fost analizată în studii speciale. Există aici o tactică (care nu se rezumă la aceea preconizată de *medicul* Max Nordau : *lauda de sine* și *reclama*). Publicul se înșală deseori, acordînd credit acelora care știu să le exploateze credulitatea. Publicul *vrea* uneori să fie înșelat : *vult decipi — ergo decipiatur*. Problema este și una de *deontologie*, căci succesul se poate obține și prin șarlatanism.

Despre prestigiul medicilor și al medicinii

Prestigiul de care s-a bucurat medicina în cursul vremurilor a fost variabil și oscilant. El reflectă, pe de o parte, stadiul de dezvoltare al practicii medicale și, deci, *eficiența* acesteia; pe de altă parte, tocmai *ambivalența* atitudinii bolnavului (și rudelor sau prietenilor săi), față de medicul de la care se așteaptă *totul* și căruia nu i se iartă *nimic*. Voltaire spunea că de la medic se așteaptă minuni în fiecare zi. Intervine frecvent și mecanismul psihologic al „țapului ispășitor".

În măsura în care scriitorii sînt purtători de cuvînt ai omului obișnuit, modul în care ei au prezentat pe medici, de-a lungul secolelor este elocvent*.

Au satirizat (uneori violent) medicina — Petrarca, Montaigne, Molière, Boileau, J. J. Rousseau, B. de Saint-Pierre, Chateaubriand, J. Romains.

Poziții ambigue au avut Montesquieu, Voltaire. Poziții favorabile au luat H. de Balzac (printre cele 2 000 de personaje ale romanelor sale — proiectate sau și realizate — întîlnim 60 de medici), P. Verlaine, E. Zola, P. Bourget, Fr. Jammes, Roger Martin du Gard.

Autotratamentul

După cum o ilustrează și o veche anecdotă, meseria de medic este meseria cea mai răspîndită: fiecare este *dispus* să dea un sfat altuia în suferință. Fiecare este dispus să fie, pînă la un punct, propriul său medic — ceea ce este în general posibil, grație dezvoltării terapeuticii medicamentoase moderne și ușurinței cu care se procură azi drogurile.

Aspectele psihologice ale automedicației privesc mai întîi eficacitatea reală. Murray (1964) a arătat că aspirina suprimă durerea la 80% din persoanele la care *placebo* reușește în 57%. Altă problemă este aceea a eficacității imediate în raport cu riscurile de durată. Se cunoaște, astfel, faptul că fenacetina în uz îndelungat poate determina nefrite interstițiale. Primejdia cea mai mare o constituie însă incapacitatea laicului de a determina indicațiile apropiate ale medicamentului, simptomele supărătoare fiind nespecifice iar tratamentul simptomatic întîrziind tratamentul curativ de fond. Mai departe, s-a susținut că o motivare inconștientă este implicată atît în autotratament, cît și în tratamentul printr-o personalitate reprezentînd o figură de vindecător.

În fața unui *stress*, extern sau intern, individul reacționează căutînd să învingă primejdia printr-un mecanism agresiv de luptă (și *recunoaștere*) printr-un mecanism de fugă (respectiv de *negare*) sau printr-unul de supunere.

A considera că o cefalee, de exemplu, este un „nimic" care ar putea trece de la sine, echivalează cu punerea în mișcare a unui mecanism de negare — și acesta este eficace în circa 20% din cazuri. Tipul de apărare prin autoajutorare corespunde mecanismului „combativ". Circa 10% din

* O antologie a satirelor antimedicale se găsește cuprinsă în N. Tofan, *Sub microscop*, Ed. medicală, București, 1960.

populație nu este dispusă să folosească acest mecanism și face apel (în panică) la o figură de vindecător. Totodată, în mediul american, cam tot al 10-lea complex simptomatic ajunge la medic ; în 70% din aceste cazuri s-au folosit în prealabil medicații casnice sau automedicații. Însă apelul la medic înseamnă în același timp acceptarea unei poziții de dependență, regresiune, pasivitate. Atenția medicului și regimul de viață de crutare (în pat, cu dietă „infantilă") rezolvă prin ele însele multe situații (McLaughlin).

Persoanele recurg la una sau alta dintre soluții, în funcție nu numai de temperament, ci și de vîrstă. Mecanismul folosit de oamenii maturi este de preferință cel „combativ", de automedicație, pe cînd bătrînii preferă mecanismul de dependență, care implică asistența unui medic. Aceasta ridică probleme sociale și economice.

G. H. Weil (1965) a vorbit despre „tendința omului de a se automedicamenta" și despre dreptul natural la automedicație. Alegerea nu este întotdeauna între automedicația modernă și tratamentul profesional — ci între automedicația folclorică și băbească și automedicația cu droguri moderne.

Relațiile medic-pacient privite ca un „contact comunicant"

Întîlnirea dintre medic și pacient este o formă de contact uman și, totodată, o variantă de *comunicare* interumană ; se stabilește un „sistem comunicațional medic-pacient" (I. Oprescu, 1975), care poate fi studiat prin metode lingvistice, psiholingvistice, sociolingvistice, semiotice etc. — pe scurt, prin metode de antropologie cultural-lingvistică. Contactul medic-pacient este rareori căutat ca un scop în sine, ca o nevoie de contact interuman (la diferite nivele : de la nivelul etologic — Szondi a argumentat existența unei „pulsiuni de contact" — pînă la nivelul intelectual sau spiritual). În imensa majoritate a cazurilor, el este impus de situația morbidă, ca o condiție a unui diagnostic și a prescrierii unui tratament. El nu se reduce la o comunicare verbală, completată cu una paraverbală — în sensul lingvistic al acestor cuvinte, deși cuvintele joacă un rol important. Pe de-o parte, simptomele și semnele (și nu numai expresia facială, mimică, gestuală etc. !) alcătuiesc un „limbaj al corpului" pe care medicul trebuie să-l sesizeze și să-l decodifice ; pe de altă parte, este vorba și de stabilirea unei atmosfere, de un acordaj reciproc ca între un post de emisie și unul de recepție. Funcția informativă se completează cu una terapeutică implicită (medicul însuși ca medicament, prin prestigiu, prin atitudine sau prin simpla detensionare adusă de actul de comunicare).

Se poate propune o *tipologie* a bolnavilor și a medicilor din acest punct de vedere (Oprescu). Pe baza unor cercetări concrete în policlinici și în spitale, autorul deosebește 12 tipuri de bolnavi : bolnavul care se autocompătimește, cel pe care-l doare tot, cel limbut (sau hipervolubil), cel tăcut (morocănos), cel agitat (care țipă și revendică cu insistență întreaga atenție), cel nestăpînit, cel anxios, cel emotiv, cel jovial, cel care nu înțelege, cel vanitos, cel „ideal" (care nu există !). (Bolnavii care nu

pot comunica direct cu medicul, sau comunică cu dificultate, sînt copiii, handicapații și cei care nu cunosc limba medicului). Se pot descrie cel puțin două categorii de medici :

a) cei „fără vocație“ comunicațională (medicul ursuz, cel nervos, cel distant, cel ironic) ;

b) cei „cu vocație“ comunicațională (medicul permanent jovial, cel flegmatic, cel îndatoritor, cel bonom).

Comunicarea ineficace se datorează punerii în relație a unor tipuri de medici și de pacienți neconcordante, necomplementare, disjuncte. Într-o ordine de idei apropiată, adăugăm, ca tipuri extreme de *interpretare*, pe medicii *timofili* (care păcătuiesc printr-o atitudine prea înțelegătoare față de bolnavi, riscînd să nu vadă problema medicală din cauza interesului acordat problemelor de viață personală ale pacienților) și pe medicii *timofobi* (reci și apersonali, lipsiți de comprehensiunea umană) (Tib. Vlad și Cristian Vlad, 1978) — extremismul ambilor constituind pierderi mai ales în rezolvarea judicioasă a unor cazuri psihiatrice.

Comunicarea medic-pacient poate fi clasificată după loc (policlinică, spital, domiciliu, loc de muncă), în funcție de timp (consultație de urgență sau obișnuită), de împrejurări (la prima consultație etc.), de sex, de vîrstă, de *status*-ul pacientului, de starea bolnavului, de specialitatea medicală etc.

Comunicarea obișnuită între două persoane nu implică o situație excepțională, spre deosebire de comunicarea din sistemul medic-pacient. E importantă deschiderea optimală a canalelor de comunicație (care lipsește, bunăoară, la unii bolnavi psihiatrici) și absența „zgomotelor“ pe canal (introduse, de multe ori, de filiera medico-administrativă). Comunicarea este deranjată de folosirea de către medic a unui jargon tehnic, de întreruperea consultației și favorizată de unele contacte senzoriale (medicul trebuie să „pună mîna pe bolnav“, să-i capteze privirea etc.). S-a constatat că, deseori, cunoștințele medicale ale bolnavilor (mai ales ale celor anxioși, ipohondrici și ale celor cu alte „personalități accentuate“) sînt un impediment la o comunicare eficientă. Comunicarea nu este echilibrată atunci cînd pe medic îl preocupă numai ceea ce are importanță pentru diagnostic (sau numai ceea ce îl interesează : *iatrocentrismul*) și nu ceea ce îl supără sau îl îngrijorează pe bolnav (mai ales simptomele subiective).

Pentru o bună comunicare în mediul rural, este necesar ca medicul să cunoască cîte ceva din cultura și graiurile specifice mediului local. Bolnavul de la țară are cîteva stereotipuri lingvistice („am un dor“, „am o amețeală“) cu un cîmp semantic foarte larg. Adeseori el este însoțit de rude care distorsionează comunicarea. Unele deficiențe în emiterea și recepționarea comunicării țin de emotivitatea pacientului și de alți factori simpli insuficient cercetați și luați în seamă. De pildă, există pilule de diferite culori ; dar nu se verifică dacă pacienții știu să distingă culorile și să le denumească corect. Presupunem că înțelesul cuvintelor utilizate este același pentru medic și pacient — dar acest lucru trebuie verificat. Noțiuni elementare de cultură medicală pot să lipsească la pacienți — de unde o destul de bogată cazuistică anecdotic-umoristică în legătură cu tema (ce înseamnă „bucal“ ? cum se folosește un supozitor ? termometrul folosit ca metodă de tratament — și nu ca un indicator).

Memoria pacientului este pusă la încercare atunci cînd se transmit indicații de regim sau de tratament : tehnica indicațiilor scrise cîștigă, pe bună dreptate, adepți tot mai numeroși ; cercetări *ad hoc* au arătat că, în medie, pînă la jumătate din recomandațiile medicului nu sînt reținute, procentul cel mai mare găsindu-se la vîrstnici și bătrîni.

În pediatrie, comunicarea este mai ales indirectă pînă spre vîrsta pubertății. Ea se desfășoară sub semnul grijii (biologice) față de progenitură. Se pune accentul mai ales pe „limbajul corpului" și pe expresie. (Se citează cazul mamei care a solicitat Salvarea pentru că fetița sa nu mai zîmbea în somn.) Pediatrul bun știe să deschidă și să țină deschis canalul de comunicare prin comentarii, fragmente de povestire, aluzii la personajele fabuloase, atitudini de joc sau parentale : pediatria redescoperă modele arhaice de contact comunicant (ca cele între șaman și suferind). La extremitatea cealaltă a vieții, în gariatrie, se cere multă „realizare umană" a comunicării. Persoanele bătrîne de sex feminin pot deruta prin elemente de cochetărie și prin ocolirea descrierii simptomelor legate de vîrstă. În geriatrie, pare să aibă mai multă însemnătate comunicarea tactilă ; în general, comunicarea „caldă" se stabilește mai greu. „Căldura" comunicării se poate aprecia uneori după cantitatea de zîmbete și de umor prezentă în ședința de comunicare. Aceasta este uneori prea scurtă pentru a „încălzi" atmosfera (în limba germană, pentru consultația medicală se mai folosește termenul de *Sprechstunde*, adică „oră de convorbire").

O atenție deosebită ar trebui acordată comunicării *între pacienți*, în salonul de spital și în sala de așteptare.

Cu problema comunicării medic-pacient s-au ocupat Barbara Korsch (1968), P. F. Ostwald (1964), W. E. Nelson (1969), C. R. Joyn (1969), B. Freemon (1971), M. Coulthard și M. Ashby (1975) ș.a.



„Contactul comunicant" poate îmbrăca aspecte regresive în isterie. S-a propus o caracterizare informațională a isteriei : tip de comunicare non-verbală, vehiculată printr-un protolimbaj (al atitudinilor și simptomelor corporale).

S-au propus însă și comparații cu reacțiile instinctuale ale animalelor primejduite (deci o regresiune etologică) : reacții motorii violente (fugă, convulsii, tremurături, amnezie) ; simulare a morții (paralizii, orbire, mutism, analgezie) ; alte fenomene regresive (plîns, enurezis, ezitare, vorbire confuză, stare hipnoidă).

Nu este contradictorie cu aceste interpretări nici interpretarea isteriei prin modelul rolurilor, al jocului dramatic și al scenariilor (Mead, 1934 ; Szasz). În fond, este vorba de programe de comportament, iar jocul presupune comunicare interpersonală. A juca un alt rol decît cel adevărat, a te prezenta ca un „ca și cum" ai fi altul *(impersonation)* poate fi simulare, trișare, greșeală, isterie, ipohondrie. Simptomul isteric este interpretat ca o modalitate de comunicare prin limbaj pictural (nediscursiv, iconic mai curînd decît convențional ; idiosincratic și privat). Sarbin a aplicat modelul „dramaturgic" la examinarea situației de hip-

noză. Ideea că hipnotizatul „joacă" rolul prescris de scenariul hipnotizatorului se dovedește o ipoteză de lucru fecundă. Un argument l-ar constitui chiar „hipnoza de cultură", standardizată acum aproape un secol de către Charcot, la bolnavii săi de la Salpêtrière. „Marea hipnoză" decurge tipic, *conform teoriei marelui clinician.* Nu este vorba de simulare, ci de o autentică „intrare în rol". Hipnoza seamănă cu somnul în experimentele conduse de cei care susțin că hipnoza este un „somn hipnotic".

Ceea ce se cere completat, la ipoteza „intrărilor în rol" privește implicațiile psihosomatice ale perspectivei. Situaționale (și contextuale) ca în joc nu sînt numai comportamentul verbal și motor, sau „modalitatea" psihică — ci *întreaga fiziologie.* Cînd membrul unei societăți „primitive" intră în rolul unui om căruia i s-a preconizat moartea în „jocul" ritualurilor magice, el poate *muri efectiv,* ca și cum ritualul ar fi fost eficace în ordinea cauzal-naturală (substanțială, energetică etc.) a lucrurilor. În existența umană, *prescriptivul* cultural se conectează cu cibernetica substratului biologic : este ceea ce dă note particulare la ceea ce s-a numit *normosferă.*

Comunicarea se face tot după reguli (este un comportament *normat*), iar comunicarea lingvistică oferă în gramatică un sistem organizat de programe Mesajele verbale cuprind, însă, mai mult decît o comunicare de conținut. J. L. Austin (1961), G. Kerner (1966) au deosebit mai multe roluri, funcțiuni și utilizări ale cuvîntului. Mai întîi, a pronunța înseamnă a produce un sunet sau un zgomot (act *fonetic*). Mai departe, a folosi un cuvînt înseamnă a-l întrebuința ca parte a unui vocabular, supus unor reguli de gramatică sau sintaxă (act *fatic*). Înseamnă și a-l supune unor reguli de aplicare, adică unor reguli semantice (act *retic*). Aceste „roluri" se pot cuprinde sub termenul mai general de *locuție.* Dar ele servesc pentru a descrie, a comanda, a aproba etc. — ceea ce reprezintă aspectul *ilocuționar* al cuvîntului. Efectele reale, produse cauzal, asupra minții și afecțiunii oamenilor, alcătuiesc aspectul *perlocuționar.* Trebuie să distingem, așadar, *forța performativă* a cuvîntului, ținînd de reguli pragmatice și de convenții (înțelesul este convențional !) — de folosirea cauzală a limbii, ce urmărește efecte psihologice și sociale (în acest din urmă sens, cuvîntul poate fi un „excitant" sau un semnal, mai curînd decît un semn). Contactul „comunicant" verbal este, astfel, important în psihoterapie.

Învățarea unei limbi, a folosirii și decodificării sale nuanțate, presupune „manevrarea" liberă și adecvată a tuturor acestor funcțiuni. G. Bateson a subliniat importanța a ceea ce se poate numi *metacomunicativul :* dacă un „conținut" *trebuie* înțeles ca simplă relatare, ca fantasmă, ca ordin, ca descriere sau ca metaforă etc. — aceasta se comunică interlocutorului la alt nivel decît conținutul. Confuzia dintre comunicativ și metacomunicativ ar fi, după acest autor, una dintre caracteristicile schizofreniei.

Lingviștii au neglijat funcțiile *expresivă* și *semiologică* ale limbii. Sensul medical al „semiologiei" se extinde la cunoașterea persoanei și — prin persoană — la cunoașterea grupului biosocial și cultural din care aceasta face parte. Particularitățile de „discurs" ale bolnavului sînt importante nu numai în diagnosticul psihiatric și neurologic, ci și în cel tipologic (temperament și caracter) al persoanei.

Unii autori deosebesc *marea comunicație* (individ-lume exterioară) ducînd la modelul realității obiective și *mica comunicație* (autocomunicație) a individului cu sine-însuşi şi elaborarea modelului informațional al propriului eu. Integrarea celor două tipuri de modele face din psihic un *mare sistem informațional* specific (caracteristic, original).



V. Enătescu (1982) a insistat asupra participării canalelor *non-verbale* la actul de diagnostic medical: gestica, mimica, plînsul, modificările de timbru ale vocii, mersul etc. În cadrul disimulării stărilor de anxietate, depresie, emotivitate sau de simulare a unor suferințe inexistente, comunicarea *extraverbală* este diferită de cea efectuată verbal (comunicare *paraverbală* sau *disverbală*). Comunicarea extraverbală scapă, în general, controlului voluntar, conştient; totodată majoritatea transferului informațional al afectivității are loc prin canalele extraverbale. De menționat că perceperea mesajului extraverbal este posibilă în virtutea unui consens existent sociocultural. Modelul cultural al microgrupului, al zonei în care se desfăşoară actul medical nu trebuie pierdut din vedere (gestica bogată, însoțind un debit lingvistic crescut, caracterizează pe unii locuitori de la cîmpie și pe mulți meridionali).

Complianța pacienților

Ideea după care bolnavul înțelege complet și corect instrucțiunile de regim și de tratament medicamentos, le reține și le execută întocmai — nu corespunde realității decît într-un număr restrîns de cazuri „ideale". Trebuie să luăm în considerare întotdeauna o distorsiune emoțională, defecte de memorie (care — în cazul pacienților vîrstnici — fac parte din starea ce necesită tratament), neglijențe sau chiar atitudini necorespunzătoare din partea pacientului. Administrarea sub supraveghere strictă nu este posibilă nici în spitale. Cercetări recente s-au îndreptat spre cifrarea, în procente, a acestui factor perturbant care scade „fiabilitatea" asistenței medicale — și spre experimentarea unor mijloace destinate să o amelioreze. De exemplu, furnizarea de instrucțiuni scrise crește complianța de la 66% la 92% (Gabriel, 1977).

Participarea activă a pacientului presupune atitudine cooperantă, o anume poziție față de propria boală, o bună atenție și o bună memorie (Moulding, 1961). Determinarea cantitativă a non-complianței, ca atare, are în vedere doar „vîrful unui aisberg". O vină o are examinarea superficială, graba medicului, rutina în prescripție, neglijarea aspectelor psihosomatice, recomandațiile nerealiste sau „perfecționiste", efectele adverse ale medicațiilor (Ehrlich). Non-complianța este uneori deliberată, alteori ține de teamă, de neîncredere, de prejudecări față de „nou" (care pot fi diametral opuse), de interferențe cu o automedicație camuflată etc. Ea complică mult așa-zisele experimentări clinice ale medicamentelor. Nu pot fi neglijate diferențele socioculturale între populații : acolo unde educația se face în sensul respectului autorității, este de așteptat o complianță satisfăcătoare.

Boala creează un tip nou, cu totul particular, specific, de raporturi și relații între oameni, o adevărată lume particulară în sînul lumii mai mari, care se conduce după valorile și nevoile ființelor normale (Riese). „Colocviul medical" cuprinde o parte din aceste raporturi. Cum poate fi denumit, cît mai adecvat, partenerul medicului în acest colocviu? Cităm părerile lui L. Portes: „Cuvîntul *client* are o rezonanță neplăcută pentru susceptibilitatea medicală. Cel de *asigurat*, care tinde să se impună în zilele noastre (este vorba de „asigurările sociale" din țările capitaliste) (N.A.) nu face decît să insere interesatul într-o rețea juridică și socială. Termenul de obicei emis, de *bolnav*, care-l situează în fața medicului, și într-un anumit fel de cealaltă parte a barierei, are inconvenientul de a nu recunoaște decît un fapt patologic. Vechiul cuvînt francez de *pacient* ne satisface mult mai mult, ...pentru că el subliniază atitudinea, esențialmente afectivă, pe care o adoptă fatal ființa umană chinuită de boală, atitudine care ne forțează simpatia și ne cîștigă solicitudinea". Autorul continuă: „actul medical, dacă este cu siguranță în majoritatea cazurilor un act științific, dacă el este în grade diferite un act social, este întotdeauna un fapt psihologic. Acesta este caracterul său, dacă nu cel esențial, cel puțin cel mai constant, cel mai imuabil, în orice caz cel care asigură medicinii, de-a lungul tuturor timpurilor și în toate locurile, extraordinara sa unitate... el este o dramă cu două personaje".

S-a încercat (și acest punct de vedere este cel mai răspîndit) să se asimileze actul medical ca un *act contractual*. Ce fel de „contract" este însă acesta, în care părțile nu sînt egale? Poate un „contract de adeziune", în care o mînă slabă se întinde, *liberă*, spre o mînă mai viguroasă. Dar consimțămîntul bolnavului nu este în realitate nici liber, nici pe deplin luminat. Portes scrie: „dintre toate contractele, actul medical este fără îndoială cel al cărui conținut moral și psihologic este cel mai bogat și cel mai greu de sesizat prin concepte pur juridice". Se constată ușor că, pe de o parte, cadrul juridic în care se poate integra valabil actul medical „rămîne încă de definit", iar pe de altă parte, că în documentele juridice moderne, desprinderea responsabilității medicului se face adesea prin apel la o noțiune extrajuridică, aceea de *conștiință profesională*. Astfel iese în evidență nu numai caracterul *sui-generis* al raportului dintre bolnav și medic, dar și marea însemnătate care revine *conștiinței morale* a medicului în reușita actului medical.

După cum sublinia W. Riese, *„actul medical este plin de implicații morale, în fiecare etapă a sa și în fiecare variantă a sa: anamneză, diagnostic, indicație, prognostic, tratament, profilaxie"*.

Baruk, eminent psihiatru francez, a subliniat în repetate rînduri legătura reciprocă dintre nivelul moral al medicinii unei epoci și realizările sale clinice. Vorbind despre decăderea medicinii hipocratice în epoca elenistă, în care se constată o recrudescență a fideismului și a magiei și, de asemenea, trăsături a ceea ce s-ar putea numi dezumanizare scientistă a medicinii (experimentare pe om etc.), Baruk face observația că „decadența eticii și a respectului față de om, ca și utilitarismul cu vederi scurte, precedă decadența științei însăși".

Chirurgul F. Forgue scrie : „ceea ce constituie noblețea stării noastre, ceea ce face, totodată, demnitatea medicinii și greutatea responsabilității sale, este măreția tragică a unora dintre situațiile care ne sînt supuse, este înălțimea morală a problemelor care ne sînt cîteodată propuse și a căror soluție cere multă conștiință, mai multă conștiință decît știință".

Medicina *nu* este o știință abstractă, ci una practică — dar ea nu se aplică materiei. Supunerea ei specială și exclusivă la om „este ceea ce o face să fie o știință incomparabilă... Medicina este o știință adresată omului și nu bolii, omului bolnav și nu bolii omului" (J. Okinczyk).

Aspecte psihosociologice ale bolii și ale medicinii

Introducere

Termenul de *psihosociologie* este nou. Psihosociologia nu este *psihologie socială (sociopsihologie)*; ea este o „zonă de frontieră“, care își centrează atenția pe modul de inserție al individului în relațiile sociale — fiind într-un anumit fel un complement al psihologiei „clasice“, care avea o optică limitată, individualistă (Badin).

Un prim nivel de analiză este *relația interpersonală* (omul are „antropotropism“). În mod curent, se spune că *socialul* pornește de la cel puțin *trei* persoane ; dar și în relația dintre două persoane socialul este prezent prin experiențele anterioare ale subiecților, prin „amenajarea“ întîlnirilor, prin problemele pe care le au de rezolvat în comun. Un al doilea nivel îl reprezintă *grupele restrînse,* cum ar fi familia sau echipa de lucru, care nu sînt sisteme „închise“. Un al treilea nivel (sau — mai bine zis — un al treilea grup de nivele) îl reprezintă *grupele mari* — de care se leagă noțiuni cum ar fi : clasa, opinia publică, comunicarea, comportarea de masă etc. După cum observă A. Mihu, la fiecare nivel (caracterizabil aproximativ prin *ordinul de mărime* al numărului de indivizi care compun grupul social) domină legi sociale de alt tip — expresie a relației dialectice dintre cantitate și calitate. Astfel este justificată o preocupare specială „ microsociologică“. Situația bolnavului în familie sau în spital este de resortul unor astfel de preocupări.

De resortul psihosociologiei sînt problemele în care intervin roluri, răspunderi, motivații, norme, legături ierarhice și funcționale, comunicații, comenzi, rezistențe psihologice la schimbări etc. Fundamentală este conceperea „dublei structuri organizatorice“ a oricărui grup social :

a) o organizare *formală,* care cuprinde ierarhia regulamentară, distribuția administrativă a sarcinilor etc. ;

b) o organizare *in-formală,* non-formală, care se constituie spontan — și care cuprinde grupări pe bază de afinitate, repartiții de roluri (ca cel de *lider*) și de influențe, factorii de coeziune sau de disoluție, sistemele curente de comunicare directă și codurile de conduită.

Totodată, *psihosociologia* propune interpretări diferite de cele *psihofiziologice* și de cele *psihologice pure*. De exemplu, randamentul poate crește deși condițiile fiziologice de lucru devin mai proaste, dacă persoanele din grup dobîndesc sentimentul propriei importanțe și al securității și dacă se modifică (în bine) coeziunea grupului.

În *sociometria* sa, J. L. Moreno preconizează stabilirea unei *sociograme* a grupului, pe baza declarațiilor confidențiale privind sentimentele de atracție, repulsie și indiferență ale fiecărei persoane față de celelalte. Sociograma este o „rețea de atracții și repulsii" și este o indicație pentru *regrupări* ameliorante („reconstrucția sociometrică" ; ea poate determina o creștere a randamentului în muncă, o scădere a *consumului nervos* al muncii, sau o îmbunătățire a relațiilor dintre bolnavii care ocupă paturile aceluiași salon etc.). Atragem atenția asupra faptului că este vorba de relații *interpersonale,* adică nu de relații pur și simplu *interumane,* ci între oameni care se *cunosc,* care își cunosc reciproc notele lor *personale*. „Jocul teatral" al rolurilor, în prezența altora, este ideea *psihodramei* și a sociodramei. Psihodrama se referă la relații interpersonale ; sociodrama — la relații între grupe. Nu este vorba numai de un *catharsis* prin simulacrul de joc scenic (de fapt o improvizație *liberatoare*), ci de o cale de a înțelege mai bine unele atitudini și unele conflicte. Acest *role playing* ajută la modificarea *atitudinilor* față de alții și față de sine — și deci la modificarea comportamentului.

Psihosociologia explorează, așadar, situații în care luminile medicinii pot fi foarte prețioase. Pe de altă parte, psihosociologia grupelor este importantă pentru clarificarea și îmbunătățirea vieții în *colectivitățile* de bolnavi (de asistență sanitară) — în ce privește relațiile dintre bolnavi, relațiile în sînul personalului de asistență, relațiile dintre bolnavi și personalul de asistență. Psihosociologia grupelor este prețioasă și pentru fundamentarea științifică a *terapiei în grup* sau a educației sanitare.

Boala, fenomen social

Boala este un fenomen social : 1) prin „definiție" ; 2) prin origine ; 3) prin consecințe ; 4) prin atitudinile colective pe care le suscită etc.

Într-adevăr, ceea ce este considerat ca boală diferă de la o comunitate socială la alta (și, de asemenea, de la o etapă istorică la alta, în cadrul aceleiași comunități sociale). Atunci cînd o boală endemică este foarte frecventă (de ex. gușa în unele regiuni din Tirol, boala *pinto* la unele triburi sudamericane) — cei care *nu* sînt atinși de afecțiune sînt considerați anormali (*recte* bolnavi). Unii schizofreni sînt considerați, la triburi exotice, drept „vrăjitori", atribuindu-li-se calități supranormale. S-a vorbit mult despre influența asupra decursului unor evenimente istorice a „marilor" obsedați, a paranoicilor etc.

Despre *originile sociale* ale multor boli nu este cazul să discutăm în capitolul de față. Este sarcina *medicinii sociale* și a *sociologiei medicale* să analizeze relațiile dintre factorii demografici, economici, culturali, politici etc. și starea de sănătate a populațiilor. Dar medicina socială nu se rezumă la probleme de sănătate publică : există o „medicină socială la nivel individual", care cercetează repercutarea factorilor sociali (cum ar

fi munca, *status*-ul social, *rolul* și *statutul social*, nivelul de trai, nivelul cultural și igienic etc.) pînă în intimitatea țesuturilor. (De exemplu, musulmanii nu beau alcool. Circumcizia evreilor și a musulmanilor are consecințe asupra profilaxiei cancerului genital. Fumatul face parte din cultură). Numeroși factori *biologici* și *fiziologici* au o „resemnificare" socială (de ex. sexul). Factorii patologici și intervenția medicală (igiena, iatrogenia) ar merita, ei înșiși, o analiză separată. S-ar putea spune că, cu cît grupul este mai mic viața sa este mai aptă de a fi perturbată prin intervenții „infrastructurale" de tip fiziologic, biologic, patologic. Factorii sociali acționează *psihologic* sau — mai ales (S. Cupcea) prin mijlocirea altor factori : *fizici* (microclimă, noxe profesionale), chimici (alimentație), biotici. Problemele legate de originea socială a bolilor se întind pe un registru foarte larg. La o extremitate întîlnim deformațiile somatice *artificiale* întîlnite cu scop de ornamentație la unele popoare. (Tatuajul este un exemplu larg răspîndit. La chinezoaicele epocii imperiale, deformarea piciorului era o mutilare de înfrumusețare. La unele popoare africane și polineziene, *obezitatea* femeilor, obținută printr-o adevărată îndopare, le ridică enorm valoarea matrimonială). La cealaltă extremitate, găsim boli ale civilizației — cum sînt „nevroza telefonistelor" sau „surmenajul dirigenților" (R. Bize și P. Goguelin, 1956).

Mediul social poate fi patogen, între altele, prin *solicitare*. Din punct de vedere psihosociologic, solicitarea este o problemă legată de *rol* și de *poziție* socială. *Multiplicitatea rolurilor* pe care le „joacă" un individ este generatoare de conflicte și tensiuni. Menționăm *combinarea* rolului de mamă și de profesionistă, ceea ce înseamnă o solicitare intensă a multor femei. Inacapacitatea de a face față rolului definește, din punct de vedere psihosociologic, *infirmitatea* (sau boala) ; invers, boala sau infirmitatea pot împiedica atingerea unei *poziții sociale* și „jucarea" unui rol. De fiecare rol este legată o apreciere de valoare (axiologică) și, de aceea, un *halo* afectiv. „Dictomia" între valorile impersonale (în relație cu rolurile formale) și valorile și speranțele personale — intervine în geneza stării de *malaise* foarte răspîndită în secolul nostru. Intervine și *refuzul* de a accepta și a „juca" un rol.

Mobilitatea socială este un alt factor patogen : mobilitatea *verticală* (în ierarhia socială) și cea *orizontală* (migrația de la un mediu geografic, politic, cultural la altul). Mobilitatea socială presupune efort de adaptare. Competiția pentru succes este generatoare de tensiuni deseori patogene (nevroze, ulcer, schizofrenie) ; ambițioșii se întîlnesc frecvent printre coronarieni. Mobilitatea orizontală duce la slăbirea coeziunii sociale ; scăderea confirmării la valorile culturii și civilizației (*anomie*, Durkheim) este corelată cu crizele sufletești, cu delincvența, cu sinuciderea.

Tissot (1780) este cel care a inaugurat un nou mod de tratare a problemelor medicale prin al său *Essai sur les maladies des gens du monde*. El se referea la aristocrația franceză decadentă, trîndavă și preocupată de petreceri (femeile au „crize de nervi" și *vapeurs* etc.). Tissot nu uită să vorbească despre pomezile cosmetice și despre corsete. Mai tîrziu, G. Leopardi va scrie versuri în care va considera că „moda" este un bun ajutor al Morții !

Aceeași entitate clinică își poate schimba, în timp și spațiu, cauzele și mecanismele de producere. Aceasta face ca teoriile explicative să nu

concorde de la o generație la alta, de la un mediu social la altul. La începutul secolului nostru, psihonevrozele de care sufereau pacienții din clientela pariziană a lui Déjerine apăreau frecvent prin intervenția introspecției și a autoobservației ipohondriace ; acestea perturbau automatismele viscerale. În clientela vieneză a lui S. Freud, se descoperea, aproape fără excepție, intervenția unui factor sexual. Mai tîrziu, în S.U.A., K. Horney se depărta de psihanaliza freudistă analizînd elementele patogene ale „modului de viață american", E. Fromm — elementele patogene ale societății capitaliste, iar H. Marcuse — civilizația tehnologică. În U.R.S.S., larga circulație de care se bucură doctrina corticoviscerală nu ține numai de caracterul *evident materialist* al acestei doctrine, ci și de faptul că, în condițiile dintre anii 1930—1950 (interval care a inclus și perioada de război), sănătatea oamenilor a fost serios zdruncinată prin cauze *„nespecifice"* de solicitare, tensiune și uzură a sistemului nervos central.

K. Sudhoff arăta că fiecărei epoci istorice îi este proprie o maladie specifică, o boală „structurală", corespunzînd nu numai condițiilor particulare ale existenței sociale, ci și concepției fundamentale despre existență a epocii respective. În Antichitate, lepra „vorbea" despre destinul *individual* implacabil. În Evul Mediu, ciuma „întrupa" blestemul sau pedeapsa divină. Apoi a venit epoca sifilisului, această boală fiind pusă în legătură cu libertinajul, reflectînd — pînă la un punct — „rolul" jucat în societate de către curtezană etc. Tuberculoza „se acordă" cu patetismul clorotic al romantismului. Cancerul din zilele noastre nu semnifică, oare, „întîlnirea" cu iraționalul, cu ceea ce — deocamdată — rămîne în afara posibilităților de înțelegere a biofizicii și biochimiei ? Pe această linie de gîndire, M. Eliade observa că dictonul „nu există boală, ci bolnav" corespunde cel mai bine unei epoci individualiste. *Boala* este tratată conform schemelor din manualele de nosologie ; pentru a trata *bolnavul,* s-a cerut crearea unor tehnici curativ strict personale (intimpersonale), cum ar fi cele psihanalitice, sau s-a recurs la forțele nespecifice ale naturii (*naturismul* a înflorit în aceeași epocă). Poate că, pentru epoca noastră, este caracteristică „sănătatea condiționată" : medicina și farmacia dau suport multor oameni care, fără ajutorul lor, ar fi infirmi sau neproductivi. Totodată medicina contemporană limitează enorm jocul selecției naturale.

Consecințele sociale ale bolii sînt — cum spuneam — mai profunde, imediate, vizibile, la nivelul grupelor mici : familie, atelier etc. Consecințele nu sînt numai economice. Boala (sau accidentul) modifică în general relațiile dintre oameni. Boala zdruncină echilibrul sistemului social (microsocial). Prezența unui bolnav sau infirm într-o locuință impune readaptarea vieții tuturor colocatarilor.

La nivelul grupelor mari — națiuni, popoare, rase, omenirea întreagă — „lucrează" marile epidemii (malaria, alcoolismul, toxicomaniile, arterioscleroza etc.). Colonizarea zonelor tropicale și ecuatoriale — impaludate — de către Europeni a decurs în condiții cu totul diferite înainte și după introducerea în terapeutică a chininei. După unii autori, chinina a „condiționat" în oarecare măsură soarta (destinul) imperiilor coloniale portughez, spaniol, francez, englez, olandez (primele două, în decădere din cauza malariei, iar ultimele trei, *în ascensiune* cu ajutorul chininei)

(Bugard, Brumpt). S-a spus că şi parazitozele influenţează net *civilizaţiile*. Pentru o anumită perioadă a evoluţiei capitalismului se potrivea jocul de cuvinte „civilizaţie-sifilizaţie" (E. Sterian).



Ne vom opri mai mult asupra *atitudinilor colective* pe care le suscită bolnavii. În organizaţiile statale de tip spartan, bolnavul era repudiat, „respins" de colectivitate ; în unele state cu mentalitate dominantă religioasă, bolnavul era privit ca un păcătos, adică de fapt ca un delincvent sau un criminal. Pe baza concepţiei demonologice, bolnavul era *temut* ca un purtător de spirite nefaste sau *exterminat* pentru aceleaşi motive (arderi pe rug etc.). După concepţia creştină, boala este mai curînd un factor de unire între oameni, îndemnînd la caritate. *Statul modern* se îngrijeşte de bolnavi şi de defavorizaţii sorţii, prin măsuri de asistenţă socială şi medicală.

Statutul bolnavului în societatea noastră a fost analizat, între alţii, de T. Parsons (1955). Acest statut cuprinde : a) exempţia de responsabilitate (care trebuie însă legitimată de medic) ; b) dreptul de ajutor (din care derivă şi atitudinile revendicative) : bolnavul este scutit de obligaţia de a munci pentru societate, dar, pentru a beneficia de aceste drepturi, el are : c) obligaţia de a dori să se însănătoşească şi d) obligaţia de a coopera la vindecare (de aci rezultă unele îndatoriri sociale cu un *rol* complementar celuia al medicului : există o *deontologie a pacientului)*..

Viaţa socială productivă se bazează, fireşte, pe *sănătatea* membrilor ei — ceea ce Bülow (om politic german) a exprimat în cuvintele : „sănătatea fizică, morală şi intelectuală este... cea mai mare bogăţie a unui popor".

După acelaşi T. Parsons, statutul medicului cuprinde, corespunzător : a) competenţă recunoscută ; b) „universalismul rolului" (el nu poate refuza bolnavi după criterii arbitrare : este *medic pentru toată lumea*) ; c) specificitatea profesională („puterea" sa asupra bolnavului se referă la boală — şi nu la alte probleme ale vieţii persoanei) ; d) neutralitate afectivă (nu are voie să fie părtinitor) ; e) dezinteres material şi altruism.



O menţiune specială o merită atitudinea socială faţă de *bolnavii mentali*. După Foucault, „nebunul" a luat — în Evul Mediu — locul deţinut înainte (pînă la sfîrşitul Cruciadelor) de către lepros, ca întruchipare a Răului. Nebunul a fost privit ca „posedat", locuit de diavol, el însuşi diavol. Exilul său din societate a avut iniţial o semnificaţie rituală (parodii de ceremonialuri religioase, alungare cu nuielele etc.). Ca şi în cazul riturilor de excludere a leproşilor, intenţia nu era de a *suprima boala*, ci de a o *menţine la o distanţă* „sacră", de a o fixa într-o „exaltare inversă". Scopul era de a *proteja societatea* şi nu de a *îngriji bolnavul*. Spitalul (nu numai spitalul de nebuni !) devenea un „al treilea ordin al represiunii", alături de poliţie şi justiţie. Nebunia era privită totodată ca un scandal şi un *„déja-là de la mort" ;* pentru a o exorciza cît mai eficient, nebunia a fost preschimbată într-un *spectacol public* (azilele se puteau vizita con-

tra unei taxe). Au trebuit secole întregi pentru ca psihiatrul să se transforme din gardian în îngrijitor, iar „nebunul" să fie considerat, succesiv, un *alienat*, un *dement* și, în fine, un *bolnav*. Se admitea că nebunii pot suporta indefinit (ca și *animalele*) mizeria fizică, frigul, foametea (însuși Pinel, „liberatorul" lor din lanțuri credea acest lucru) și erau ținuți în lanțuri ca și criminalii (sau ca fiarele).

În alte societăți (culturi, epoci istorice), nebunului i s-au atribuit însușiri supranaturale și a fost *temut și respectat* în același timp. După unii etnografi, atitudinea față de nebuni a oscilat polar între un astfel de respect (cu eventuală valorificare magico-mistică și a „resurselor" sale) și repulsia plină de groază, generatoare de cruzime. Platon vorbea despre „manii" care aduceau un plus de cunoaștere.

Susser și Watson (1962) încearcă să explice atitudinea deosebită față de bolile mentale prin aceea că, în domeniul psihologic, există aparent un *continuum* între sănătate și boală : sfera normalității este foarte largă și se încrucișează cu sfera patologicului ; constatarea aceasta produce anxietăți reacționale ; pentru a calma *spaima de a ne îmbolnăvi*, creăm concret o *limită* prin internarea, izolarea, devalorizarea socială a celuia decretat „nebun". Explicația nu ni se pare pe deplin satisfăcătoare. S. Starr (1957) a arătat că majoritatea oamenilor *contemporani* cred că „nebun" înseamnă comportament nepredictibil, violent — care *necesită îndepărtare*. În orice caz, omul de azi se teme și se *ferește* de diagnosticul psihiatric (poate și pentru că etiologia, patogenia și terapeutica bolilor mentale sînt imprecis puse la punct), iar această atitudine se manifestă pe plan conștient ca și pe plan inconștient (E. și J. Cumming, 1957).



Boala poate da beneficii sociale secundare, lucru de care trebuie să țină seama întotdeauna terapeutul. Includem aci și *fuga în boala mentală* ca și *simularea bolii mentale* (expresia dramatică se găsește în *Henric IV* de L. Pirandello). *Fuga în boală* (în boala *oarecare*) este, de multe ori, expresia unei dezadaptări sociale.

Menționăm în treacăt că boala aduce o „devalorizare" socială, care se exprimă în diagnosticul-*invectivă* (cuvintele : nebun, imbecil, cretin, idiot, sifilitic, „ofticos" etc. sînt *termeni medicali* !).

În același timp, „a fi bolnav" poate însemna și o modalitate de a exercita *presiuni sociale* (presiuni „morale") în mediul microsocial (familie, loc de muncă etc.). Aceasta nu înseamnă că bolnavul trebuie întotdeauna suspectat, nici că viața sa în timpul bolii trebuie „organizată" astfel încît *răul să nu aibă nici un aspect pozitiv*. Dimpotrivă, deslușirea unor aspecte pozitive în boală, a acelui *bon usage de la maladie*, este un important element al psihoterapeuticii. Societatea (sau instituția) nu pot să pretindă confiscarea întregii forțe de muncă și a vieții personale a membrilor ei ; dimpotrivă, ele trebuie să fie cointeresate în consolidarea sănătății, personalității și bucuriei de a trăi a angajaților de care profită în mod secundar, dar substanțial. „Principiul" parcimoniei în acordarea concediilor duce deseori la rezultate opuse celor scontate. Astfel, prezentarea la locul de muncă a bolnavilor de gripă diseminează boala printre colegi. Neatenția sau lipsa de „cap limpede" generată de boală pot determina

rezolvări neadecvate ale unor probleme, pot provoca accidente etc. Așadar societatea, oferindu-i bolnavului condiții de însănătoșire în izolare (la domiciliu sau în spital) — *se apără* totodată de consecințele (nu numai sanitare) ale bolii. În bolile cronice, situația se schimbă, firește. În unele cazuri, folosirea rațională a capacității de muncă reziduale are ea însăși un efect terapeutic (ergoterapie etc.).

În sfîrșit, *există relații sociale legate de starea de boală* :

a) *relația terapeutică*, un tip specific de relații interpersonale. Rolurile de medic și pacient sînt „jucate" în funcție de modelele culturale ale societății și de experiențele anterioare ale vieții colective. Această relație este complexă și — în afara aspectelor terapeutice (intervenții chirurgicale, administrarea drogurilor, psihoterapie) — cuprinde elemente cum ar fi plata onorariilor, intervenția serviciilor sociale etc. Ea este influențată și de nivelul informației medicale a publicului, de evoluția farmaciei (și de dezvoltarea — industrială și comercială — a industriei de medicamente). Autoterapia medicamentoasă — *home medication* — este mai răspîndită decît orice toxicomanie ! Relațiile medic-pacient au avut o evoluție istorică al cărei studiu este de resortul istoriei medicinii. În ultimul secol, s-a produs „modernizarea" spitalelor (în sensul amenajărilor tehnice, al creșterii confortului și mai ales a siguranței, al umanizării, al creșterii numerice, de capacitate și de accesibilitate), înflorirea și apoi perimarea medicinii de cabinet particular, trecerea la sistemul de policlinici, dezvoltarea asigurărilor sociale etc. ;

b) faptul bolii este la originea unor fenomene speciale de grup — cum sînt cele proprii ale *sociologiei spitalului.*

Familia

Această unitate (celulă) socială creează legături interpersonale specifice, roluri (de soț, soție, tată, mamă, copil), obligații, probleme. Deși este generatoare de tensiune și uneori de contradicții, funcția sa din punctul de vedere al sănătății publice este dominant antipatogenă și higiogenă. Bolile mentale și sinuciderile sînt mai frecvente la cei necăsătoriți ; longevitatea este mai mare la cei căsătoriți. Reciproc, aptitudinea de a întemeia și susține o familie este un test de sănătate mentală. Viața reușită de familie înseamnă, între altele, o rezolvare o unor probleme legate de Sexus și Eros, mai multă ordine, disciplină și înțelepciune, decizia de exercitare și de cultivare a devotamentului, o echilibrare datorită și sarcinilor asumate. Funcția psihologică și spirituală a copilului care apare in sînul familiei (*lorsque l'enfant paraît*, V. Hugo) este complexă, repercusiunile asupra sănătății mentale a părinților sînt în general pozitive. De asemenea, pentru copil, existența unei familii unite este o condiție *sine qua non* a bunei dezvoltări a personalității sale. Freud a insistat asupra rolului identificării cu părinții și a „triungiului" copil-tată-mamă (complexul Oedip). Copiii sînt elemente de solidarizare a familiei. Dezorganizarea familiei afectează direct somatic și psihic, ca și pe cale psihosomatică, sănătatea soților și echilibrul moral al copiilor ; ea favorizează delincvența și toxicomaniile.

Familia înseamnă, între altele, sprijin şi ajutor reciproc — care se manifestă şi în boală. Supravieţuirea şi vindecarea depind în numeroase cazuri de factorul familial. Bolnavul cronic cere o îngrijire care nu se poate imagina decît într-o societate evoluată cu familie consolidată ; societăţile primitive nu tolerează indivizi neproductivi decît pe timp scurt (pe durata bolilor acute). Acelaşi lucru se poate spune şi despre bătrîn. Anchetele au arătat că marea majoritate a bătrînilor sînt asistaţi de către rude (şi numai cîteva procente sînt asistaţi social). Sprijinul extrafamilial bazat pe solidaritatea umană se dezvoltă mai tîrziu decît cel intrafamilial. În această perioadă a vieţii, bătrînii (după retragerea din activitatea productivă) îşi găsesc o compensare în preocupările familiale (în special femeile — în preocupările gospodăreşti).

Boala este „o stare socială" (şi nu numai una patologică) *şi* pentru că modifică relaţiile cu familia ale persoanei îmbolnăvite.

Boala cronică generează frecvent tensiuni în relaţiile intrafamiliale. Ea obligă la o readaptare a familiei — ca timp, venituri, autoritate, toleranţă.

Sînt bine cunoscute de către medici reacţiile părinţilor faţă de un copil anormal, infirm sau bolnav cronic. S-a descris o stare de şoc *(stress)* psihic cu sentimente de culpabilitate, dezolare, desperare ; o fază cu căutare de soluţii ; o stare durabilă de echilibru. În realitate *rămîne* un fond de tensiune cu irascibilitate, tendinţe depresive, reacţii nevrotice şi caracteriale.

Psihosociologia spitalului

În cadrul spitalului „intervin procese de grup de o amploare şi de o diversitate pe care nu le întîlnim în vreo altă organizaţie" : relaţii bolnav-bolnav, bolnav-personal de asistenţă, personal-personal, relaţii cu ambianţa socială. Spitalul ar fi un „loc strategic al cercetării sociale" (Badin). Unele grupe sînt constituite în scop de terapie, în scop de muncă socială ; altele sînt numai grupe de vechi bolnavi. Studiul acestor relaţii şi fenomene este important atît pentru înţelegerea unor procese fundamentale ale vieţii sociale (înţelegere mijlocită de acest „model concret"), cît şi pentru elaborarea organizării spitaliceşti, a practicii medicale, a politicii sanitare.

Spitalul este o răscruce socială în care întîlnim categorii extrem de diverse. Statisticile arată că majoritatea populaţiei dintr-un stat modern are, în cursul unui an, relaţii directe sau indirecte cu organismele spitaliceşti (sînt bolnavi, rude sau cunoştinţe de bolnavi, au relaţii profesionale etc.). Consideraţiile privitoare la eficacitatea acestor instituţii au o semnificaţie particulară, deoarece au implicaţii legate de suferinţa umană şi deoarece, astăzi, investiţiile de fonduri în spitale sînt considerabile. În sfîrşit, atmosfera psihosocială dintr-un spital poate avea o reală „valoare terapeutică" (sau dimpotrivă).

Spitalul este o „mică societate" avînd o anumită poziţie în cadrul *societăţii globale*. Legătura cu „societatea globală" este alta în mediul urban şi în mediul rural, alta cînd finanţarea este publică sau cînd este privată,

alta cînd caracterul instituției este laic și cînd caracterul este religios. De asemenea „mica societate" se prezintă diferit după cum dispune de monopol sau suferă o oarecare concurență, după originea autorității conducătorilor (cine-i numește ? față de cine sînt responsabili ?). Poziția sociologică a spitalului (și structura sa) au o puternică condiționare istorică.

Psihosociologia spitalelor este dependentă atît de *dimensiunea grupelor* (număr total de bolnavi, numărul de bolnavi din saloane), cît și de *compoziția grupelor* (în ce privește pe bolnavi, contează circumstanțele de intrare, categoria socială, vîrsta, sexul, ca și tipul de boli îngrijite : acute ? cronice ? etc.). În ce privește personalul de îngrijire, tehnic și cel administrativ — în spitalele mari există pînă la 60 *(sic !)* de categorii profesionale.

În spitale există o *organizare in-formală,* care se suprapune peste cea *formală.* Pe linie *formală,* există o dublă ierarhie : administrativă-de-birou și clinică. Între cele două ierarhii se pot ivi divergențe. De exemplu, este natural ca din punct de vedere administrativ să fie urmărită standardizarea tratamentelor (în timp ce clinicianul de valoare are ca principiu director individualizarea lor) ; obiectivul *rentabilității* poate intra în conflict cu cel al *îngrijirii optime* a bolnavilor. Personalul mediu și inferior de îngrijire a bolnavilor este supus la o multiplă solicitare : din partea administrației, din partea medicilor și din partea bolnavilor, din partea organizațiilor obștești etc. De aceea, fenomenele de interacțiune (interdependențe) sînt deosebit de complicate.

P. Badin admite că funcționarea spitalelor are trei scopuri : a) îngrijirea bolnavilor ; b) scop financiar-comercial (de rentabilitate, prezent în multe instituții sanatoriale capitaliste) ; c) de formație profesională (învățămînt). Autorul trece cu vederea scopul de cercetare științifică. În istoria medicinii, faza de *medicină de spital* (inițiată de un Laënnec, de un Charcot etc.) este bine conturată, în ce privește aportul ei științific.

Se poate vorbi de „cultura" organizării spitalicești, acest termen fiind luat într-un sens limitat, ca termen tehnic de psihosociologie. Aci intră normele de conduită, ideile, credințele, tabla (și ierarhia) de valori, limbajul („jargonul" specific unui anumit serviciu spitalicesc), simbolurile de autoritate, unele acte convenționale sau chiar „rituale" care au intrat în obicei, lista de lucruri care „se fac" și de lucruri care „nu se fac" în ambianța particulară. De multe ori „șefii" își impun principiile, tabieturile, capriciile, „idiosincraziile", idealurile. Medicul nou-intrat trebuie să se adapteze pentru a fi asimilat în comunitatea de lucru. În spital există, apoi, o *structură non-formală* mai mult sau mai puțin labilă. Ierarhia formală poate să corespundă sau să nu corespundă cu ierahia după prestigiul medical și științific. Competența poate să coincidă sau nu cu aspectul „simpatic" sau cu capacitatea de a juca un rol de lider. Rețelele de afinități pot să coincidă sau nu cu structura organizatorică a comunității de lucru. Afinitățile spontane sînt cele care stau la baza comunicațiilor interpersonale.

Este de menționat concluzia lui Stanton și Schwartz, după care „fricțiunile" la nivelul personalului medical se reflectă asupra armoniei *în* și *între* bolnavi și ca atare influențează evoluția și prognosticul bolii.

Bolnavul spitalizat

Să trecem acum la analiza situației psihosociologice a bolnavului spitalizat.

Omul spitalizat este obligat să-și însușească elemente din „cultura" („subcultura") serviciului care l-a primit. Rolul principal de „interpret" al acestei culturi îl are infirmiera. O ajustare excesivă la mediul spitalicesc poate crea însă dificultăți în readaptarea socială. Acest fenomen se întîlnește de exemplu în cursul anumitor tratamente psihiatrice.

Rolul este tipul de conduită care „este de așteptat" în condiții date. Internatul se vede nevoit să joace „rolul de bolnav". T. Parsons (1951) a făcut deosebirea între rolul de bolnav *(sick role)* și rolul de pacient *(patient role)*; „a fi pacient" presupune un raport cu un individ (medic) sau cu o instituție (spital) care îl îngrijește. S-au descris mai multe tipuri de reacție a bolnavilor spitalizați, situate între supunerea *exagerată* manifestată de „bolnavul bun" și ostilitatea francă împotriva personalului medical. În determinismul unei asemenea ostilități intervine probabil un mecanism de proiecție descris de psihanaliză. După cum am mai menționat, boala provoacă regresiuni spre atitudini infantile și acestea sînt *accentuate* de către spitalizare. Spitalizarea este în multe cazuri un *stress* și se cere să facem tot ce poate fi făcut pentru atenuarea șocului ; o componentă esențială a șocului este tocmai schimbarea de *rol social*.

S-a descris și o *nevroză de spital* a cărei apariție este strîns legată de sociologia acestei instituții. Întreruperea legăturilor cu familia și blocarea altor comunicații interpersonale, măsurile administrative (și nu numai administrative) luate în vederea asigurării curățeniei și liniștii, regimul autoritar, restricțiile, sedentarismul, rutina în activitățile cotidiene (mîncat, dormit, spălat), pierderea noțiunii de individualitate și de proprietate personală (simbolizată prin predarea hainelor proprii și prin îmbrăcămintea standardizată) — sînt cauze importante ale reacției nevrotice. Se adaugă cauze propriu-zis medicale (sedare, terapie prin șoc, explorări etc.). *Pasivitatea* bolnavilor este probabil o formă de adaptare la noua realitate și ea se manifestă prin apatie, prin resemnare și printr-o ținută caracteristică (umeri căzuți, capul aplecat înainte, brațe încrucișate pe piept, mers tîrșîit).

Studii în ospicii au denunțat faptul că bolnavii suferă de pe urma structurii rigide-autoritare, a discrepanței între structura formală și cea in-formală, a atitudinii „non-terapeutice" manifestată de personal (I. Belknap, 1956). După Goffman (1968), „eul este (în aceste condiții) sistematic mortificat".



Transcriem, după K. Engelhardt (din Gr. Popescu, 1981), factorii de *stress* la care este (sau poate fi) supus bolnavul spitalizat : anamneza primului examen clinic în prezența unei terțe persoane, izolarea, distanța socială și „limbajul" medical, procedeele diagnostice și terapeutice, situația sa inferioară în „ierarhia" spitalicească, boala sau decesul altor bolnavi, reguli impersonale, lipsa de informații, supunerea (în loc de spiritul critic), limitarea spațială, tratamentul depersonalizat (centrat numai asu-

pra bolii), vizita medicală „incomprehensibilă". Fireşte, lista nu poate fi niciodată completă şi accentul pe unul sau altul dintre factori depinde de personalitatea, de ocupaţiile, de stilul de viaţă, de rutinele bolnavului, de obiceiurile, pretenţiile şi confortul aşteptat.

Sociologii care pornesc de la modelele antropologiei culturale insistă asupra a ceea ce numesc *aculturaţie şi neoculturaţie.* Gr. Popescu ia în considerare patru forme de adaptare la spitalizare : retragerea şi agresiunea — pe de o parte (sînt de fapt maladaptări) ; integrarea şi consimţirea, pe de altă parte.

În sfîrşit, ceea ce s-a înţeles şi se înţelege prin „spital" acoperă o gamă variată de medii de viaţă. Între instituţiile improvizate, destinate sporadic săracilor prin acte de filantropie ineficiente pe plan social, lazaretele de pe cîmpul de luptă, „carantinele" pentru ciumaţi şi leprozeriile — pe de o parte, şi sanatoriile dotate cu tehnică de ultimă oră pe de altă parte, distanţele sînt enorme. Antisepsia şi asepsia, progresul mijloacelor de explorare, concentrarea în spitale a elementelor cu cea mai bună pregătire — au schimbat corespunzător atitudinea publicului faţă de spitale : de la un loc de mizerie şi groază, la un loc „rîvnit" pentru diagnosticul subtil şi tratamentul eficace şi sofisticat (Rohde).



O sursă de informare complexă despre viaţa în spitale o reprezintă *operele literare.* Ele sînt relativ abundente în literatura franceză. Murger scria : „un spital poate fi foarte poetic, însă el este totodată şi dezolant". O documentare „pe teren" despre viaţa de spital au încercat-o fraţii Goncourt — însă ca *vizitatori* şi nu ca pacienţi. Pacient *frecvent* a fost P. Verlaine. În literatura română, documentarea literară privind spitalele lipseşte aproape complet pînă la primul război mondial.

Birocraţie şi medicină

Termenul „birocraţie" are un înţeles propriu sociologic, referindu-se la o anumită *structură* „funcţionărească" a unităţilor umane de lucru, bazată pe competenţă (Max Weber, 1952). Progresele medicinii fac ca *instituţiile* să aibă un rol dominant în medicina actuală. Medicul este un *angajat* cu *răspunderi* precizate. Structura de acest tip asigură *eficacitatea* în muncă, în dauna valorizării relaţiile (şi a însuşirilor) personale ; ultimul aspect este un factor nevrotizant în societatea actuală. S-a vorbit despre *disfuncţiile birocraţiei :* rigiditate, conformism, formalism etc., ducînd la *lipsă de omenie.* De exemplu, medicul poate refuza ajutorul de urgenţă celui care nu are „acte în regulă". În orice caz, birocraţia *determină* (stabileşte) responsabilităţi pentru fiecare funcţionar şi *ipso facto* le limitează răspunderile.

Dezumanizarea funcţionarului se poate face şi prin ceea ce s-a numit *deformare profesională* sau chiar ceea ce s-a numit — exagerat — o „psihoză profesională" (Dewey). Rutina duce la exagerarea unor caracteristici mentale în dauna altora, la preferinţe, antipatii, discriminări şi interese specifice.

Incidențele patologice ale psihosociologiei vieții moderne

Din unghiuri diverse, psihologia medicală și psihiatria abordează omul pentru a-i lumina sau restabili personalitatea.

Medicul psiholog și psihiatru își pune problema legitimității plîngerilor și realității perturbărilor aduse de epoca noastră, a modului în care acestea sînt resimțite de oameni în general și de bolnav în particular. Astfel, fără a prejudicia asupra binefacerilor aduse de tehnică condiției umane, ar fi de luat în considerare „insuficiențele și dezordinele unei civilizații care face o maladie de creștere" (Montessut și Leroy).

„Insatisfacția modernă" este mai întîi *epuizarea* fizică și intelectuală a omului în *sarcini tracasante.*

Un alt exemplu este *automatizarea.*

Monotonia nu se limitează la dialogul om-mașină. O situație analogă apare și în birouri ; asupra ei nu insistăm.

Povara responsabilităților crește nu numai în sectorul industrial, ci pe toate treptele organizării și execuției diferitelor sectoare economice, politice, sociale.

Tensiunile și agresiunile senzoriale alterează atît munca, cît și repausul. După mulți autori, *zgomotul* este noxa cea mai de temut. În afară de efectele specifice ale zgomotului (surditate profesională), zgomotul produce o serie de efecte nespecifice asupra sistemelor și organelor cele mai variate.

Servitutea vieții în comun se agravează odată cu urbanizarea accelerată pe care o impune industrializarea.

Servit și aservit de mașinile sale, de la frigider la televizor și telefon, omul trăiește o situație ambivalentă de liberare și alienare într-o *„trăire mecanică"* (Montassut și Leroy).

Printre repercusiunile psihice și psihosomatice ale civilizației moderne asupra individului cităm anxietatea, agresivitatea și oboseala.

Aceste repercusiuni psihologice și psihiatrice ale noilor factori de muncă și viață, a „uzurei prin existență" (Bugard, 1964) constituie o mare problemă de sănătate publică și de sănătate mentală, fiind în continua preocupare a O.M.S.



După R. Bayet, psihopatologia și simptomatologia bolilor evoluează în societatea actuală în raport cu elemente specifice de natură psihosocială. De exemplu, considerarea omului sub aspectul său funcțional și de eficacitate, diminuează exersarea multiplelor modalități de expresie și favorizează evoluția bolilor nevrotice către forme psihosomatice care se acomodează cu o activitate mentală mai săracă. Societatea actuală este mai puțin tolerantă față de manifestările spectaculoase (de tip isteric) — alt motiv pentru care bolile de conversiune au diminuat ca frecvență. Dezadaptările (poate mai frecvente decît altădată) îmbracă forme larvate. S-au schimbat și „punctele de presiune" ale societății asupra individului (de exemplu constrîngerea sexuală este mai puțin severă pentru femeie, în schimb există impedimente în exercitarea satisfăcătoare a maternității). Idealul pragmatic (succesul, reușita, realizarea) domineează idealul

moral (care, oricum, este mai uşor de satisfăcut) ; eşecurile generează stări depresive. Agresivitatea („cultivată“ *ipso facto* într-o societate bazată pe competiţie) se întoarce deseori către persoană în chip de autoagresiune, ceea ce contribuie la întreţinerea stărilor depresive. În societatea actuală, desfăşurarea *primei copilării* nu este întotdeauna corespunzătoare, iar „frustraţiile precoce“ îşi lasă amprenta asupra afectivităţii şi caracterului. În societatea actuală nu există o dezvoltare suficientă a vieţii „grupelor sociale intermediare“ (familie, cercuri) — *individul* fiind confruntat cu *masele* — ceea ce nu-i asigură manifestări psihosociale adecvate. Civilizaţia noastră este sediul unor *tendinţe culturale antinomice*, generatoare de conflictualitate. De exemplu, cresc virtual achiziţiile intelectuale, dar *se impune* specializarea ; afirmăm libertatea individului, dar totodată cresc obligaţiile sale ; preconizăm egalitatea şi principiul dragostei semenului — în schimb ducem o viaţă de competiţie ; publicitatea ne creşte dorinţele, dar posibilităţile de a le satisface rămîn reduse. Este evident că aceste caracterizări se justifică dacă avem în vedere societatea capitalistă. Se înţelege că realizarea idealurilor socialiste de relaţii interumane are un rol sanogenetic de prim ordin.

Sociologia istorică a profesiunii medicale

În fiecare epocă istorică, medicina s-a impus sau a progresat prin anumite tipuri de contribuitori şi prin anumite ramuri ale sale. În Imperiul Roman, contribuţia esenţială a fost a clinicienilor ; în Renaştere, a anatomiştilor şi a fiziologilor (pe linie descriptivă) ; în secolul al XIX-lea, a fiziologilor şi a bacteriologilor (pe linie explicativă) ; în secolul al XX-lea, a biochimiştilor, a farmacologilor şi a chimiştilor farmaceutici. Odată cu precizarea metodologiei ştiinţifice în medicină, dezvoltarea medicinii a devenit tot atît de rapidă ca şi „a ciupercilor după ploaie“, iar medicina a luat curînd aspecte de „industrie majoră“ (Reader şi Gross). Medicina ultimului secol poate fi caracterizată, între altele, prin dezvoltarea conceptualizării ştiinţifice, prin creşterea numărului de cercetători cu diviziune a muncii, prin anexarea unor investigatori din alte discipline (exemplele lui Pasteur, Pauling etc.). Cariera de cercetător în medicină nu mai necesită instrucţie clinică. Medicul continuă să identifice problemele critice, dar activitatea de investigare tinde să progreseze mai rapid sub propriul ei impuls. Medicina ultimelor decenii înregistrează contribuţia crescîndă — nu numai a biofizicii şi a biochimiei, ci şi a sociologiei şi a psihosociologiei.

Evoluţia ştiinţei medicale a făcut necesară specializarea ; evoluţia tehnicii medicale a făcut ca medicul izolat să nu poată rezolva problemele de diagnostic şi de asistenţă. Interesele superioare de stat au obligat guvernele să ia sub control direct rezolvarea marilor probleme de sănătate publică, iar munca muncitorilor pentru o viaţă mai sigură şi mai bună au determinat organizarea socială a asistenţei sanitare în sectoare tot mai cuprinzătoare ale muncii. Acestea sînt o parte din cauzele care au dus la „birocratizarea“ progresivă a vieţii medicale şi la transformarea treptată a medicilor în funcţionari salariaţi. În S.U.A., medicul de medicină generală este „muribund“, adică pe cale de dispariţie. Autoritatea

„paternă" a medicului de familie a scăzut pe măsură ce creştea competenţa specialiştilor şi cultura pacienţilor. Medicina „omnipracticiană" s-a devalorizat şi prin neglijarea (de către reprezentanţii ei) a unei instrucţii continue şi prin surmenajul la care era supus medicul — decalat din punct de vedere tehnic şi privat de viaţă personală prin solicitări neîntrerupte.

Medicina „de cabinet particular" poate fi privită sub mai multe aspecte. Mai sus am opus-o medicinii instituţionalizate — aproape în acelaşi fel în care s-ar opune munca meşteşugărească aceleia industriale. Din alt punct de vedere, ea poate fi privită ca o *medicină individualistă* (căreia i s-ar opune una de prestaţie *colectivă*). Mai departe, ea poate fi privită şi ca o medicină „de tip burghez", bazîndu-se pe legea cererii şi ofertei (medicină *liberalistă*), permiţînd concurenţa, competiţia şi, eventual, succesul material deosebit al unui mic număr de privilegiaţi. Ea poate fi considerată şi ca o medicină *tradiţionalistă*, susţinută de o categorie de oameni sinceri şi dezinteresaţi care văd în medicină un sacerdoţiu. „Scientiştii", „raţionaliştii", „pozitiviştii", „tehnicistii" luptă, dimpotrivă, pentru organizarea asistenţei socializate în „uzine ale sănătăţii", medicii lucrînd în *echipă*. Echipa reuneşte deci medici de discipline diferite ; este eterogenă şi ierarhizată.

În sfîrşit, medicina de practică individuală poate fi înţeleasă şi ca o *medicină „personalistă"*. Cu alte cuvinte, se susţine că în acest fel se poate asigura un contact *interpersonal* între bolnav şi medic, contact care este condiţia exercitării unei veritabile „medicini a persoanei". Cităm din A. Vincent : „persoana umană a bolnavului trebuie să fie considerată în totalitatea sa şi cu respect. Persoana medicului, de asemenea, pentru a fi totalmente eficace, trebuie să fie respectată". Ignorarea *persoanei* dezumanizează medicina. Contactul medic-bolnav pe care-l preconizează unii reprezentanţi ai acestui curent este diferit de cel *indiferent* (ca în examenele de medicină preventivă) şi de cel în care bolnavul are o poziţie de inferioritate, de dependenţă, de supunere (ca în spitale). Încrederea, ducînd pînă la confesiune, se obţine greu în condiţiile în care un oarecare bolnav se adresează unui *oarecare* medic. „Medicina persoanei" este aceea care dă atenţia cuvenită problemelor de viaţă şi atitudinii faţă de boală. Dacă „medicina psihosomatică se exercită cu capul, medicina persoanei se exercită cu inima, păstrîndu-ţi capul deştept" (Vincent, 1964). Această „medicină a persoanei" cere omnipracticism (perspectivă globală asupra omului !), liberă alegere, discreţie, *disponibilitatea* medicului. „Dacă pacientul cere specialistului înainte de toate calităţi tehnice incontestabile, el pretinde din partea omnipracticianului o mare disponibilitate şi o largă înţelegere" (P. Milliez). Dar pentru că fundamentul ei este dragostea de semen, ea se situează la *antipodul individualismului*. Subliniem că „medicina persoanei" acordă mare importanţă *persoanei* medicului în calitate de *agent psihoterapeutic* (De Maeder). Favez-Boutonnier (1962) deosebea tipul de *medic-mecanician*, care poate fi substituit prin alt tehnician, şi tipul de *medic-magician* unde medicul este singularizat în raport cu bolnavul. Evident, în cazul chirurgiei de urgenţă (şi în alte cazuri), distincţia se şterge ; dar ea este capitală (după Vincent) în cazul bolnavilor funcţionali (şi, desigur, pentru psihoterapie).

Cîteva probleme psihologice ale educației sanitare

De *importanța educației sanitare,* recunoscută de marii teoreticieni și practicieni ai medicinii, nu sînt convinși întotdeauna nici pacienții, nici medicii — și, mai ales, nu sînt convinși totdeauna cei sănătoși. Firește, educația sanitară a stat mai întîi în centrul atenției promotorilor medicinii *preventive* („profilaxia începe și se termină cu educația sanitară", scria N. A. Semașko în 1927). Educația sanitară este, însă, și la *baza colaborării dintre terapeut și bolnav.*

I. Hațieganu vorbea (1956) despre „terapia psihocerebrală activă", înțelegînd prin aceasta „continuitate și perseverență în a explica pe înțelesul bolnavului și după nevoile lui tulburările și mecanismul lor și terapia inițială" pentru ca astfel să devină „un auxiliar prețios, ajutîndu-ne pe noi în îngrijirea lui printr-o colaborare disciplinată și sistematică". Se poate spune că, în general, „cooperarea populației cu autoritatea sanitară" este *o condiție primordială a eficacității oricărei acțiuni medicale* (L. Viborel, 1956). În sfîrșit, educația „sanitară" are un scop educativ general și trebuie să ne însușim teza lui J. Burton, după care *„cine spune medic, spune educator"*. Cunoștințele „antropologice" (despre om) vehiculate cu această ocazie sînt o parte însemnată a cîștigului informativ și formativ realizat prin educația sanitară.

Obiectivul principal al educației sanitare constă în dezvoltarea în rîndul populației — începînd cu vîrsta copilăriei — a unei „conștiințe igienice" și a unui comportament corespunzător.

Trăsăturile specifice fundamentale ale unei activități educativ-sanitare eficace sînt în număr de trei : a) caracterul de masă ; b) orientarea științifică ; c) caracterul optimist și mobilizator.

Orientarea științifică înseamnă, între altele, să pornești de la cunoașterea realității de teren : starea sanitară a populației, ca și mentalitatea acesteia. S-a vorbit, de aceea, de un „diagnostic" al stadiului de cunoștințe și de ignoranță (P. Delore, 1960), de o *diagnoză educațională,* de un „diagnostic educativ-sanitar al grupelor de populație" (P. Penciu, 1964), care să preceadă *tratamentul,* un tratament realizat prin măsuri educative și companii propagandistice adecvate. De asemenea, se cere analiza *cauzelor* unui comportament greșit, a reacțiilor stereotipate sau a *rezistențelor* față de indicațiile și recomandările medico-sanitare. Acestea din urmă ridică probleme complexe și subtile de etnografie, de psihologie socială, psihosociologie și chiar de psihologie abisală. În cadrul cercetărilor de teren, un mare interes îl are cunoașterea *imaginii mentale,* răspîndită în populație despre o boală sau despre alta — cu tot ce conține ea ca prejudecată sau ca superstiție (C. Fréour, 1959).

În fond „lupta" principală a educatorilor sanitari se duce cu superstițiile, cu unele prejudecăți, cu inerția.

Superstițiile reprezintă o problemă complexă. Originea și persistența lor se găsește în observația necontrolată, în amestecul nedorit al afectivității, în concepțiile magice și mistice etc.

Superstițiile reprezintă, în parte, și rezidiile unor *preștiințe* — fiind alimentate de speculațiile *paraștiințifice :* fiecare știință își are „complementul" ei superstițios (astronomie-astrologie, chimie-alchimie, psiholo-

gie-spiritism, matematică-numerologie). Superstițiile au rădăcini *istorice-culturale*, rădăcini *parapsihologice*, rădăcini *psihiatrice* (legate de boli mentale de tip schizofren sau paranoid) și rădăcini *patologice* banale (boala produce o regresiune spre o mentalitate „magică").

Prejudecățile sînt de nenumărate feluri : ele pot ține de semidoctism, de gîndirea „autistă" (analizată de Bleuler), de „logica afectivă" (analizată de Ribot), de cultura livrescă, de influența unui nume cu autoritate, de mentalitatea *dominantă* a unei epoci, de dogmatism etc.

În epoca noastră, cu succese indiscutabile ale medicinii științifice, s-au constituit prejudecăți *sui-generis* : cea a omnipotenței unor mijloace terapeutice (ex. antibiotice) — la pacienți, cea a futilității aspectului psihoterapeutic — la unii medici etc. Asupra acestor aspecte nu vom insista.

Printre prejudecăți trebuie să menționăm *imaginile mentale* despre anumite boli, răspîndite în populații.

Ca un corolar (sau o latură) a muncii educativ-sanitare, medicul trebuie să lupte *pentru* o imagine științifică asupra bolilor, *împotriva* activității necontrolate de tip *Kurpfuscher*, *pentru* a cîștiga simpatie în favoarea medicinii ofiicale, a instituțiilor care o întruchipează și o reprezintă, a medicilor, a măsurilor preconizate. Aci se încadrează și activitatea de Cruce Roșie, propaganda pentru recoltarea sîngelui etc. De mare însemnătate (de însemnătate *centrală*) este lupta *pentru* o viață igienică, *pentru* solicitarea precoce a asistenței medicale în caz de îmbolnăvire, *împotriva* autotratamentelor, a medicației empirice, dar și a „farmacomaniei". Este o luptă *împotriva* ideilor greșite, a *spectrului* amenințător al unor boli (ex. cancerofobia) și *pentru* lămurirea posibilităților actuale ale medicinii. Subliniem încă o dată necesitatea educării unei atitudini corespunzătoare față de medic, atitudine care nu trebuie să se rezume la respectul „abstract" al persoanei, ci trebuie să se concretizeze în respectul față de energia, timpul, repausul său etc.

Inerția este mai greu de învins. S-a remarcat la public, în multe anchete efectuate, fie o lipsă de interes față de problemele educației sanitare (nepăsare etc.), fie un „interes pasiv", adică lipsa dorinței de acțiune (există dorința *de a ști*, dar nu și cea de *a folosi* cunoștințele) (J. Broyelle și J. Chasteland, 1963 ; V. Pavlid și Steliana Manțu, 1963). De aici, nevoia de a utiliza tot arsenalul de mijloace captative de atenție (*blickfang*-ul în afișe, afișele satirice, de agitație, de propagandă ; mijloacele audiovizuale etc.), de mijloace *stimulative*. Odată *interesul* deșteptat pentru o anumită problemă, trebuie realizată *convingerea* referitoare la importanța ei și *acțiunea* în vederea traducerii în practică a recomandărilor date (J. Burton, 1956).

S-a remarcat pe bună dreptate (J. Hall, 1963) că „bolile interesează populația mai mult decît sănătatea, deoarece în timp ce sănătatea nu se simte, simptomele bolii supără". Adevărul este că „boala mărește dimensiunile ființei în proprii săi ochi" (Ch. Lamb, 1905) și astfel bolnavul devine dintr-odată extrem de sensibil la tot ceea ce are legătură cu medicina. *Lumea perceptuală* a sănătății și bolii nu este aceeași. Însă nu este aceeași nici lumea perceptuală a medicului și a bolnavului, a medicului (educator sanitar) și a celor pe care vrea să-i educe. Cercetări *ad hoc* de psihologie socială, care au analizat cauzele eșecurilor unor campanii de informare (H. Hyman și P. B. Sheatsley, 1947) au arătat că : 1) în orice

populație există un nucleu ireductibil de cei ce „nu-știu", ironici, impermeabili la acțiunile de lămurire ; 2) interesul sau lipsa de interes au tendința de a fi generalizate la diferite sectoare (de ex. cel care se interesează de politică se interesează și de sport) ; 3) indivizii caută informațiile care se acordă cu atitudinile lor prealabile ; 4) indivizii interpretează *diferit* aceeași informație ; 5) faptul de *a fi informat* nu modifică în mod necesar atitudinile.

Allport a introdus conceptul de *procepție*, care să cuprindă „percepția" influențată de cultură, de relațiile din trecut, de obiceiuri, de direcționarea afectivă etc. Putem spune, deci, că *procepția* bolnavului în raport cu boala este diferită de cea a omului sănătos și de cea a medicului. Witkin a conturat două tipuri proceptive : *dependent* și *independent* față de „cîmpul" de influențe la care este supus. Goldstein deosebea stilul *concret* și stilul *abstract* al operațiilor cognitive. E. Frenkel-Brunswick a descris tipul cu intoleranță la *ambiguitate*. Barron a opus, în acest sector, *simplicitatea* și *complexitatea*. Educatorul sanitar este, în general, independent față de cîmp, intelectualizat (și intelectualizant) și abstract ; dar lumea în suferință nu vrea atît instrucții raționale, cît aprobare, asigurare, speranță — publicul este *field-dependent*.

Este interesant că și „durerea" (ca *procepție*) are variații culturale, deși pragul de sensibilitate (ca *percepere*, fiziologic) poate fi același. Plîngerile cu care se prezintă bolnavul la medic au o coloratură etnică : pentru italieni, suferința este o mizerie fizică ce trebuie suprimată și uitată ; evreul se gîndește la repercusiunile de viitor ; americanii „nu se plîng", caută mijlocul de a suprima suferința pe cale științifică, iar *expectația* de viitor este în general optimistă (M. Zborowski, 1952). Susser și Watson menționează că și reacțiile *fiziologice* la durere par a fi legate de sistemul de credințe și de valori. Africanul nu reacționează prin *șoc* la răniri mutilante, deși sensibilitatea sa „nervoasă" la durere este excepțională. Femeia africană reacționează *excesiv* la durerea dată de o anexită gonococică, deoarece se teme de sterilitate. Unele *procepte* au o ancorare de clasă (O. G. Simmons, 1957) : „la clasa mijlocie există un foarte accentuat simț al responsabilității față de propria sănătate ; la cei care trăiesc de azi pe mîine, accentul se pune pe preventiv ; ceea ce se înțelege prin curățenie, ca și *semnificația* ei — are certe influențe de clasă". Unele *rigidități proceptive* de origine local-culturală pot fi foarte nocive pentru sănătate : la Zuluși, există (sau exista) credința că bolnavul contagios este un vrăjitor ; în unele regiuni din India, o vacă bolnavă poate genera compasiune — în timp ce un om bolnav poate fi privit cu antipatie, suspicionîndu-se că ar putea aduce ghinion (B. D. Paul). *Procepția socială* se repercutează și asupra modului în care este privită atitudinea medicului : în India rurală, medicul ce pronunță un prognostic ferm este considerat o „figură puternică" ; în Chile — pur și simplu „un arogant".



Oricum, educatorul sanitar trebuie să învețe să privească și la „ochelarii săi" (și nu numai *prin* aceștia) (Allport).

O problemă esențială a educației sanitare este *continua educare a educatorilor*.

Educația educatorilor sanitari este, printre altele, o „educație sentimentală", ca și o educare a simțului practic, a abilității, tacticii și diplomației în relațiile dintre oameni.

Mai ales în mediul rural și în mediul exotic (printre „primitivi"), medicul trebuie să dea dovadă de un larg spirit de înțelegere și să accepte momentan chiar compromisurile cu unele credințe sau obiceiuri locale, eventual să se folosească de acestea prin „stratageme" bine gîndite. Foarte instructivă ni se pare lectura amintirilor lui Victor Heiser, membru al Fundației Rockefeller și care în cursul misiunilor sale epidemiologice și filantropice în 60 de țări a înconjurat de 16 ori globul pămîntesc. Dăm cîteva exemple. Pentru a covinge membrii unui trib că vaccinul nu este aducător de lepră, s-au inoculat în public primarul, șeful poliției și Heiser însuși. Unui lucrător recalcitrant care-l amenința, îi declară că tocmai a avut *satisfacția* de a asista la înmormîntarea cuiva care a refuzat să se vaccineze și că asemenea cazuri îi dau ocazia să facă în ziare propagandă pentru vaccinare. Un alt autor a notat că într-o regiune din India, unde vaca este un animal sfînt ce nu poate fi muls, *tabu*-ul a putut fi ocolit prin introducerea laptelui-praf. V. Heiser a căutat să răspîndească ideea după care numeroase îmbolnăviri sînt *imputabile* bolnavului.

Educația sanitară ratată poate fi izvor de *iatrogenie*, de anxietate, de ipohondrie, de autosugestie negativă. Iosif Macavei a observat chisturi mamare generate prin autoexaminarea abuzivă a sînilor, cu malaxare „intempestivă".

Alături de mijloacele de educare în masă sau în grup, educația sanitară trebuie să acorde locul cuvenit *sfatului individualizat* (Penciu).



Educația sanitară în spital are particularitățile sale, vizînd între altele : a) colaborarea (cooperarea) strînsă a bolnavului la terapeutică (Hațieganu) ; b) asigurarea unei atmosfere morale care să evite dezorientarea afectivă și sentimentul de însingurare a celui internat (S. E. Tillck, 1961) ; c) respectarea liniștei bolnavului și cruțarea sa de *stress* — din partea familiei și a vizitatorilor ; d) asigurarea liniștii, ordinei, curățeniei în unitatea spitalicească ; e) profitînd de internare — administrarea unor lecții de educație sanitară generală. Obiective și un conținut analog (dar nu identic) îl are educația sanitară în policlinici. Subliniem că fiecare consultație dată de medic poate fi o ocazie de *educație sanitară*, de lămurire a unor neclarități, de combatere a unor superstiții și a unor prejudecăți sau a unor mentalități *en vogue*, cum este aceea a administrării *cu orice preț* a medicamentelor sau a complacerii în „polifarmacie". Dar, din nefericire, adeseori medicul, prin atitudinea sa, *întreține* o mentalitate defectuoasă, sau dă un rău exemplu (tabagism, neglijarea propriei sănătăți, viață dezordonată etc.).

În mod diferențiat se aplică educația sanitară în întreprinderi industriale, în mediul rural și *în școli*. Cu privire la acest ultim aspect vom menționa că educația sanitară trebuie să includă (și după părerea noastră) noțiuni de igienă a muncii intelectuale ca și deprinderea unei bune îm-

binări a muncii cu repausul. Oricum, școlii îi incumbă sarcina de a dezvolta obișnuințele privind igiena individuală. Cît despre *educația sexuală,* ea ridică probleme care se intersectează doar cu sfera educației „sanitare".



Educația sanitară trebuie să folosească în proporții adecvate declararea și sublinierea adevărului și „tăcerea" ; convingerea, ca și sugestia ; înțelegerea rațională, ca și reflexul condiționat ori adeziunea afectivă ; repulsia și teama, ca și sensibilizarea la avantaje și la valori.

Imaginile izbitoare, ca și „ideile-forță", raționamentele mai complicate ca și lozincile — se cer îmbinate în mod judicios pentru a se obține rezultatele pozitive scontate.

Terapia psihologică

Introducere

Tratamentul psihologic reprezintă o parte importantă a activității oricărui practician al medicinii (nu numai a psihiatrului). El a fost definit ca „ansamblul mijloacelor prin care acționăm asupra spiritului bolnav sau a corpului bolnav prin intervenția spiritului“ (Camus și Pagniez). Teoretic, psihoterapia nu ar acționa decît prin semnificația psihologică a mijloacelor întrebuințate, în timp ce terapeuticile somatice ar acționa prin proprietățile lor fizice. În realitate, nu există o limită netă între mijloacele care aparțin celor două categorii pentru că în terapeutica psihologică intră, în afara unui anumit număr de tehnici *ad hoc* trecute în revistă (incomplet) în prezentul capitol, și toate atitudinile bolnavului față de medic, față de boală și față de el însuși. Reamintim că, după Balint, medicul este el însuși un remediu (iar medicul bun este uneori cel mai bun medicament). Intră și atitudinile altor persoane, ca și atitudinea bolnavului față de corpul, viața și boala sa.

Medicul acționează, în primul rînd, risipind anxietatea bolnavului și insuflîndu-i convingerea (sau măcar speranța) că se va vindeca. Acest „reconfort“ este *terapia de susținere* (psihoterapia suportivă). Premisa ei este o atmosferă de *înțelegere;* pentru realizarea ei este necesară (și uneori suficientă) intuiția și simpatia. Posibilitatea de codificare a acestei psihoterapii a fost considerată, de către unii, imposibilă ; totuși, este prețioasă indicarea celor mai frecvente *greșeli* care se fac în acest prim contact cu bolnavul. Ambiția psihoterapiei de a deveni o *metodă științifică* implică stabilirea unor reguli precise de indicații și de posologie.

După Balint, scopul psihoterapiei în practica generală este de a „elibera oamenii, în măsura posibilului, de suferințele *inutile* ale existenței umane“.

Psihoterapia se poate împărți în psihoterapie „directă“ (din care face parte terapia de persuasiune, hipnoza, sugestia etc.) și în psihoterapie „indirectă“. În această ultimă eventualitate, se intervine asupra pacientului prin semnificația psihologică a diverșilor factori întrebuințați

(terapeutica prin joc, terapia prin artă, ergoterapia etc.). După Delay și Pichot, s-ar mai putea sistematiza terapeuticile psihologice în trei mari categorii, după mecanismele fundamentale puse (aparent) în joc :

a) *Terapeutica dialectică,* în care intră toate metodele psihoterapice în cursul cărora personalitatea bolnavului (și în special imaginea pe care o are despre el însuși) se modifică. Această modificare permite bolnavului să reintegreze în conștiința sa conținuturi pînă atunci inconștiente. Aici ar intra psihanaliza, analiza existențială, psihoterapia non-directivă a lui Rogers, psihoterapia de tip Balint.

b) *Terapeutica bazată pe sugestie,* unde distingem terapeutica de persuasiune a lui Dubois, hipnoza, sugestia, visul treaz al lui Descille, relaxarea progresivă a lui Jacobson, „*training*-ul autogen" al lui Schultz, metoda Vittoz etc.

c) *Terapeutici catartice* — care se bazează pe valoarea terapeutică pe care o posedă mărturisirea și reviviscența amintirilor cu puternică încărcătură afectivă, reprimate în stare normală. Întrebuințată inițial de Breuer și Feud cu ajutorul hipnozei, această terapeutică a fost ulterior practicată utilizînd efectul favorizant al drogurilor psihotrope (narco-analiză, *weck*-analiză, oniro-analiză). De fapt, în aceste diferite metode mecanismele psihice care intervin sînt variate după cazuri, catarsisul nereprezentînd decît una din modalitățile posibile. *Terapeutica prin joc* la copii are și ea un efect de eliberare, permițînd o ameliorare a comportamentului. *Terapia prin artă* (eliberare, recreare și purificare mentală) intră parțial în aceeași categorie.

La aceasta mai adăugăm *psihoterapiile de grup,* care folosesc acțiunea binefăcătoare, rezolutivă și reeducativă și a comunicărilor în interiorul unui mediu organizat într-un scop terapeutic.



Cu titlu informativ, amintim clasificarea de interes istoric a lui Hughes (1909) care deosebea : a) psihoterapia generală (care participă la orice act medical) ; b) dietetica sufletului (obiectivă) ; c) retorica medicală (subiectivă) și d) hipnoza (comparată cu o *intervenție chirurgicală* asupra sufletului).

Din punctul de vedere (de actualitate) al triadei „substanță-energie-informație", psihoterapia este o *terapie informațională* (V. Enătescu, 1982). mai precis — o terapie prin comunicație interumană. Psihismul poate fi influențat pe *calea substanțială* (la nivel ionic — prin litiu, bromuri, calciu ; la nivel molecular — prin hormoni, vitamine, vasodilatatori și psihotrope ; la nivelul rețelelor neuronale — prin neurochirurgie și psihochinezie). Pe *cale energetică* acționează climatoterapia, fizioterapia, electroșocul.

Terapiile *informaționale* subsumează cele bazate pe comunicare directă sau prin mecanismele informaționale de ajustare, învățare și autocontrol (dialogul, efortul placebo, psihoterapii speciale, terapii prin *biofeed-back,* socioterapii, inclusiv ergoterapia).

Psihoterapii simple

Există o serie de psihoterapii simple, care n-au doar un interes istoric.

Faptul că acestea nu sînt sistematizate şi nu sînt expresia unor teorii nu înseamnă că nu sînt şi ele „medicaţii psihologice“ şi că pot fi neglijate.

a) *Terapia prin repaus.*

b) *Terapia prin izolare.* După Vauvenargues „solitudinea este pentru spirit, ceea ce este dieta pentru corp“. Ph. Pinel a folosit izolarea bolnavilor de cei care manifestau o „afecţiune imprudentă“, pentru a le schimba „atmosfera morală“. Charcot vorbea de ruperea „cercului magic“ ; preconiza izolarea istericului de mediul care-i întreţine dorinţa de „a juca teatru“. Astăzi vorbim de „deconectare“.

c) *Terapia prin activitate.* Inactivitatea este dăunătoare pentru grupe largi de nevropaţi. Dar şi pentru omul sănătos cea mai bună odihnă este o *altă formă* de activitate (G. Enescu). Eficacitatea maximă o are preocuparea care implică pasiune (Brémond) : ceea ce numim azi un *hobby.*

d) *Mişcarea fizică în cadrul psihoterapiei.* Exerciţiile musculare sînt un bun derivativ al tensiunilor psihice — după cum o arată cercetări de psihologie, de psihosomatică şi de fiziologie a activităţii nervoase superioare.

Dar exerciţiile musculare trebuie privite nu numai ca un debuşeu de energie psihonervoasă, ci şi ca un izvor de senzaţii pornite de la interceptori şi proprioceptori. Acţionînd totodată ca o solicitare sistematică a aparatelor circulator şi respirator, gimnastica face un antrenament al funcţiilor de reglare vegetativă — ceea ce se repercută asupra homeostaziei, asupra stăpînirii de sine şi asupra pragului durerii. Gimnastica şi sportul implică sentimentul efortului susţinut şi pe cel al învingerii dificultăţilor ; sportul mobilizează energiile sub semnul competiţiei şi, ca atare, favorizează integrarea şi unificarea eului.

Gimnastica şi sportul sînt în fruntea măsurilor recomandate de aşa-numita *medicină formativă* (Al. Partheniu).

Cercetări *ad hoc* au arătat, însă, marea diferenţă între efectul fizic practicat ca exerciţiu — şi cel în care există o componentă emoţională puternică ; aceasta intervine nu numai în competiţiile sportive, ci şi în efortul fizic legat de tensiuni amicale (sau erotice). În ultimul, reacţiile sînt de *stress,* cu o descărcare puternică de catecolamine, cu o creştere a acizilor graşi liberi impietînd (mai ales *după* încetarea efortului) asupra vaselor şi cordului. Aceste manifestări potenţial nocive pot fi evitate prin acţiunea blocanţilor receptorilor beta-adrenergici (propranolol) etc. — dar mai ales prin antrenament progresiv.

Mersul pe jos în diferitele sale ipostaze este recomandabil aproape fără contraindicaţii şi are semnificaţii psihologice foarte variate (s-ar putea scrie o adevărată „filozofie a plimbării“, A. Pană).

e) *Veselie, bucurie, rîs, umor.* Amintim că printre marii umorişti s-au întîlnit medici : de la Rabelais la Cehov în literatura internaţională, de la Dr. Urechia (Iodoform) la Aurel Baranga la noi. Totuşi, medicina nu ia în considerare în suficientă măsură virtuţile terapeutice ale bu-

curiei, veseliei și umorului (deși Ch. Richet preconiza, undeva, un tratament prin rîs). Acel *ridendo castigat mores* nu se extinde suficient la vindecare și la întărirea sănătății. Pentru fiziolog, rîsul — ca și tusea și plînsul — nu este *decît* o întrerupere violentă a ritmului normal al mișcărilor respiratorii și ar avea efecte mai ales prin descongestionarea vaselor cerebrale (Buzoianu și Cotul, 1936). Pentru psiholog, însă, rîsul este o „formă audibilă a surîsului" și este (James) o cale de a evada din seriozitate. Rîdem cînd există o „bruscă creștere a vivacității în tonalitatea plăcerii" (Bergson).

Aristotel recomanda rîsul ca pe un mijloc de întărire a plămînului, pentru a favoriza sănătatea generală a organismului, deci ca exercițiu *fizic*. Rîsul lucrează însă prin componenta psihică „mărind energia vitală prin stimulare mentală" (Buzoianu și Cotul). Acel *„ris et tu engraisseras"* cuprinde probabil ambele componente. Lessing a întrevăzut rolul rîsului în profilaxia morală. Oricum, din toate timpurile, *comedia* a jucat un rol constructiv în igiena mentală.

Dacă speranța este unul dintre mecanismele psihicului sănătos prin care omul încearcă să învingă un prezent nefavorabil, altul este *umorul*. Umorul este semnul unei libertăți spirituale, o chezășie a depășirii situațiilor critice o promisiune a capacității omului de a se situa „deasupra vremilor" (nu este vorba, numai, de face „haz de necaz"). Dramaturgul R. C. Carton scria : „mi s-a părut întotdeauna că umorul este pentru existență ceea ce este oxigenul pentru aerul pe care-l respirăm. ...Dacă umorul nu poate să ne elibereze complet de germenii nesănătoși ai durerii și ai mizeriei, rămîne cel mai bun dezinfectant pe care știința *nu* l-a descoperit". Mai multe cercetări independente efectuate asupra bătrînilor (dintre care amintim pe cele ale lui Jalavisto) au constatat că umorul este un însemnat factor al longevității. Școala lui Frankl, în cadrul „nooterapiei", utilizează *cultivarea umorului*.

Pentru că în spitale și policlinici se cere să fie cultivat un *fond* spiritual, o ambianță care să *redeștepte optimismul* lezat de starea morbidă — s-a vorbit (dar insuficient) despre rolul *zîmbetului* în interacțiunea medic-pacient. Buna dispoziție este nu numai reflexul unei sănătăți satisfăcătoare ; este și o cale de a redobîndi o sănătate fizică pierdută sau, cel puțin, o cale de a menține sufletul sănătos, în pofida unor mizerii fizice, adesea trecătoare. *Amîndouă* aceste aspecte sînt de o mare însemnătate medicală.

Psihoterapii dialectice

Psihanaliza

După unii autori, aportul esențial al psihanalizei în domeniul de care ne ocupăm a fost, pe de o parte acela de a stabili o teorie a relațiilor bolnav-psihoterapeut, pe de altă parte (și plecînd de la o experiență detaliată a acestor relații particulare) de a pune în evidență aspectul determinant al anumitor „relații" umane, în raport cu relațiile umane în

general. Să adăugăm că printre aceste relații, nu trebuie neglijate acelea ale ființei cu sine-însuși (cu propria persoană) sau a anumitor „părți“ ale ființei cu altele.

Terapeutica psihanalitică constă în a dezvălui mecanismele de apărare nevrotică ale eului, de a-l ajuta să „accepte“ pulsiunile inconștiente (din *id* = sine), să le integreze, să susțină *ego*-ul pentru a se armoniza cu super-*ego*-ul (supraeul), să modifice *supraeul* pentru a-l face mai puțin rigid. Descoperirea majoră a lui Freud a fost descoperirea mijloacelor de a susține propria evoluție afectivă, întreruptă, a pacientului, subiectul fiind invitat să-și reia propria sa istorie de acolo de unde s-a fixat sau s-a oprit.

Metoda a fost comparată cu maieutica socratică ; tehnicile urmăresc să aducă la lumină dinamica psihologică inconștientă, să favorizeze înțelegerea de către subiect a „rezistențelor specifice“ cu care el se consumă într-o luptă cu sine-însuși, generatoare de nevroze.

Indicațiile majore ale psihanalizei sînt unele forme de nevroze.

Inițial, cura a vizat reintegrarea amintirii traumatice în cîmpul conștiinței *(abreacție)*. Ulterior, Freud a introdus regula non-omisiunii : pacientul trebuie să spună tot ceea ce îi vine în minte, fără nici o excepție ; alături de analiza viselor, libera asociere a „ideilor“ este o cale de a avea acces la inconștient. Psihanalistul devine o „oglindă“ pentru pacient, care astfel *„ia cunoștință“* de sine, retrăiește situațiile infantile generatoare de nevroză și ajunge să se reintegreze. Dar esența psihanalizei pare să se găsească în *transfer* (transfert, transferență) ; psihanalistul este privit de pacient cu ochii cu care — în copilărie — își privea părinții ; analizatul retrăiește conflicte afective infantile și le lichidează.

Tehnica psihanalitică este complexă ; tratamentul este foarte îndelungat (luni sau ani). Rezultatul curei este prezentat de către promotorii ei ca o restructurare a personalității, cu o mai bună adaptare la realitate și cu o mai bună toleranță a vicisitudinilor vieții. În multe cazuri, psihanaliza dă greș sau provoacă agravări.

Din nevoia de a răspunde problemelor de urgențe, s-au ivit *psihoterapiile analitice* adică procedee terapeutice mai simple și mai directe, avînd în comun cu *terapia psihanalitică* folosirea reacției de transfer în spiritul psihanalizei.



În afara psihanalizei clasice a lui Freud (și a modificărilor descrise), metoda psihanalitică a cunoscut o serie de variante dintre care mai renumite sînt cele ale „dizidenților“ Adler și Jung.

Spre deosebire de Freud, *Adler* nu acceptă etiologia mai ales sexuală a nevrozelor (mai precis, importanța refulării și a traumelor infantile). Punctul lor de plecare ar fi, frecvent, un sentiment de inferioritate („complexul de inferioritate“) rezultat poate dintr-o infirmitate organică și compensat printr-o tendință de *afirmare* ostentativă sau prin agresivitate. Terapeutica adleriană pleacă și ea de la analiza amintirilor, a asociațiilor de „idei“ și a viselor. Analiza lor servește medicului să demonstreze pacientului caracterul imaginar al decepțiilor sale pentru a-i propune

soluții de mai bună adaptare. Studiul caracterologic, al *stilului de viață* (noțiune capitală !) este utilizat pentru înțelegerea bolnavului și pentru direcționare.

Tezele lui Adler sînt importante pentru psihoterapeut, deoarece ele arată că dinamismului eului i se pot datora compensări și chiar supracompensări uluitoare. Reamintim că, în tinerețe, A. Adler, oftalmolog, a fost izbit de faptul că performanțele vizuale se datorau nu rareori celor cu defecte *anatomice* ale aparatului vizual. Tezele lui Adler sînt, în fond, foarte optimiste, arătînd că acel *bon usage de la maladie* face parte din mecanismele fundamentale ale personalității.

Psihoterapia lui C. G. Jung a avut cîndva un mare succes în Elveția și țările anglo-saxone. În concepția sa despre inconștient, el introduce (alături de sectorul inconștientului personal) sectorul „inconștientului colectiv", iar pentru a înțelege semnificația simbolurilor, recurge la izvoarele cele mai variate din istoria culturii. Pentru C. G. Jung *libido* este un fel de „energie vitală", iar evoluția interioară decurge printr-o depășire dialectică, „irațională" însă, a contradicțiilor. Metoda sa combină diverse metode de contact și acțiune. El distinge un plan catartic, un plan de transfer, un plan de educație și un plan de metamorfoză a personalității.

Jung tinde să minimalizeze importanța transfertului, „artefact al tratamentului", ceea ce deosebește radical metoda sa de aceea a psihanalizei propriu-zise. Grija educativă și aceea a transformării idealurilor par să predomine asupra preocupărilor propriu-zis psihologice (și de psihologie mai ales abisală, pulsională), în care se cantonează metoda lui Freud.

Este cunoscut interesul central al lui Jung pentru expresiile vieții inconștiente colective *(arhetipuri)*. Pentru noi este important să reținem că *medicul* corespunde el însuși unei imagini arhetipice, de vindecător (sau chiar de *mîntuitor*).

Psihoterapia non-directivă a lui Carl R. Rogers

Psihoterapia non-directivă este „centrată pe client" („client-centered"). Funcția esențială a terapeutului ar fi aceea de a *asculta*. Atitudinea non-directivă nu este însă o atitudine pasivă, de nepăsare. Psihoterapeutul are a-și asuma, în măsura posibilului, punctul de vedere intim al pacientului : a percepe lumea așa cum o percepe pacientul, a-l percepe pe pacient așa cum se vede pacientul însuși (sau cum ar dori să fie) și a comunica pacientului ceva din această înțelegere simpatetică. Scopul metodei este de a obține întărirea eului și apropierea sa de idealul personal prefigurat.

Analiza existențială (Daseinsanalyse) și psihoterapia

Analiza pleacă de la o serie de considerente din filozofia lui Heidegger. Aplicarea acestei metode a fost făcută de L. Binswanger, von Gebsattel, Kuhn, E. Minkowski, H. Ey.

Analiza existențială pune în evidență, la anumiți subiecți, coexistența a două „lumi" diferite (sau a două „existențe" : autentică și inautentică)

şi tocmai conflictul, tensiunea dintre aceste două „lumi“ furnizează cheia care permite înţelegerea stărilor de conştiinţă ale subiectului. Subliniem că perspectiva existenţialistă este *antropologică* şi *axiologică* (omul este văzut ca *homo* spiritualis, creator de valori şi cu aspiraţie către valori — în opoziţie cu perspectiva psihanalizei care vede în om mai ales un *homo reagens* şi un *homo naturalis*).

Se insistă asupra importanţei de a distinge „biografia interioară“, adică felul în care se construieşte viaţa proprie, subiectivă a subiectului, de biografia banală, rezultînd din desfăşurarea mai mult sau mai puţin întîmplătoare a evenimentelor.

Logoterapia

Această psihoterapia elaborată de V. Frankl porneşte de la o anumită concepţie despre structura persoanei. *Logos* înseamnă totodată *sens* şi *spiritualitate ;* dar „spirit“, în înţelesul particular dat acestui cuvînt nu este nici *ratio (Verstand),* nici *intellectus (Vernunft).* „Spirit“ înseamnă, de exemplu, capacitatea de a te distanţa şi de a lua atitudine faţă de planul psihofizic-organismic. Dacă se poate vorbi de un paralelism (sau de unitate) *psihofizică,* se poate vorbi de un antagonism *psihonoetic.* Cu alte cuvinte, sîntem bolnavi cu corpul şi cu sufletul, dar *cu toate acestea* putem fi liberi să luăm o atitudine faţă de organismul nostru bolnav. „Spiritualitatea“ (văzută în acest sens), libertatea şi responsabilitatea sînt *existenţialele* care caracterizează omul. Boala este o *afecţiune* pentru organismul psihofizic, dar este *suferinţă* pentru persoană *(homo patiens).* Boala are un *sens* pentru persoană şi poate fi *valoare.* Ceea ce este spiritual-personal în om alcătuieşte, prin opoziţie faţă de *psihologia abisală,* o *psihologie a înălţimilor.*

O noţiune centrală este *decizia.* Orice decizie este însă decizie referitoare la *eu* şi, de aceea, autostructurare. Decizia de azi este (devine) pulsiunea de mîine.

La baza multor nevroze, găsim fuga de răspundere şi ruşinea de a fi neliber. Sentimentul dominant este lipsa de sens ; putem vorbi deci de o *frustraţie existenţială,* de un „vacuum existenţial“ — deseori diagnosticat, după faţadă, ca o frustraţie sexuală. Psihoterapia trebuie să cultive şi să susţină *voinţa pentru sens* (aceasta în ciuda concurenţei pe care i-o face voinţa de putere sau de bună-stare materială). Insistenţa asupra acestor aspecte i se pare lui Frankl necesară deoarece *somatologismul* şi *psihologismul* ştiinţei contemporane au acoperit specificul vieţii spirituale, iar *patologismul* a dus la o depreciere categorică a tot ce este suferinţă. Dar nu putem înţelege omul fără a admite, de exemplu, că pot exista adevăruri spuse de bolnavi mentali şi suferinţă în stare de perfectă sănătate. Întîlnim aici acelaşi *cu toate că,* ignorat în schematismele simpliste.

Logoterapia este şi grija *medicală* pentru „suflet“, exercitată de un *medicus humanus.* Prin aceasta urmărim restabilirea capacităţii de muncă creatoare, de receptare a bucuriilor vieţii, dar şi de suferinţă — întrucît şi aceasta are o „valoare de trăire“ *(felix dolor).* Frankl (*Homo patiens,* 1950) a făcut tentativa elaborării unei teorii („patodicee metaclinică“) care să răspundă la întrebarea : *pentru ce* suferim ? Suferinţa are, după Frankl, demnitatea etică (sensul jertfei !) şi „relevanţă metafizică“ :

suferința îl face pe om clarvăzător și sensibil. Poziția aceasta este diametral opusă aceleia care vede în viață o sursă de satisfacție, care duce la teza „nefericirii de a fi nefericit" (Joelson). Frankl crede că rangul axiologic al lui *homo patiens* este mai înalt decît cel al lui *homo faber*. Intenția psihoterapiei este *vindecarea*, dar *efectul* ei poate să se apropie de o adevărată „mîntuire". Medicul care reușește să-l facă pe bolnav să găsească un *sens* suferinței sale, a obținut un succes psihoterapeutic major.

Logoterapia este, apoi, terapie specifică pentru nevrozele *noogene*. Prin acest termen Frankl înțelege nevrozele care rezultă dintr-un conflict de conștiință sau dintr-o problemă axiologică (de valori). Statisticile arată că 10—25% din nevroze sînt *noogene*. Logoterapia încearcă să *lărgească cîmpul de valori al pacientului*, să-i descopere un *sens* al existenței sale personale, să-i deștepte simțul responsabilității în raport cu realizarea (concretizarea) potențialităților intrinseci.

Logoterapia este în sfîrșit și o *terapie nespecifică*. Prin luare de atitudine față de simptom, prin recîștigarea libertății de a manevra în sectorul psihic, *persoana* poate întrerupe cercuri vicioase, poate evita *întărirea* și *fixarea* simptomelor. Eficacitatea este reală în nevroze anxioase și fobice. Pacientul va fi îndrumat să vină *înaintea* simptomului de care se teme, să-l anticipeze sau să-l dorească *(intenția paradoxă)*. *Umorul* este una dintre căile prin care bolnavul se poate distanța de simptom și îl poate domina. Pentru Frankl — și umorul ar trebui numit un *existențial* uman — nu numai angoasa (Heidegger) sau dragostea (Binswanger). „Intenție paradoxă" înseamnă, de pildă, să nu lupți ca să alungi o idee parazită, ci să o chemi deliberat și *ironic* în conștiință — pînă la suprasaturație, pînă la plictiseală.

Alături stă *dereflexiunea*. Nevroticul caută să compenseze o insuficiență cognitivă de esență printr-o pedanterie, scrupulozitate și o hiperreflexiune de suprafață (asociată deseori cu o „hiperacuzie a conștiinței"). Nevroticul își dorește o cunoaștere absolută la baza oricărei decizii banale. Dereflexiunea urmărește *ignorarea* și *uitarea* propriei ființe. Aceasta se face prin „dăruire" într-o acțiune. Umplerea „vacuumului existențial" acționează *antipatogen*.

Frankl recunoaște, așadar 1° pasivități defectuoase (fuga nevroticului de angoasele sale) ; 2° activități defectuoase (lupta cu tendințele compulsive, intenția „forțată" în voluptatea sexuală — la impotenți) ; 3° pasivități juste : ignorarea (dereflexiunea) și ironizarea (intenția paradoxă) simptomului ; 4° activități juste (a exista *pentru ceva* sau *pentru cineva*).

Logoterapia nu trebuie confundată cu metodele *persuasive*.

Psihoterapii directive

În acest cadru ar intra mai întîi o serie de terapeutici nesistematice a căror acțiune sugestivă nu este conștient folosită pentru a restaura sănătatea. Ele fac apel la inteligență, rațiune, sentimente morale și chiar religioase.

Vindecările „miraculoase" „sau magice" își au, în parte, același mecanism.

Terapeutica de persuasiune își găsește cea mai tipică prezentare în lucrările lui Dubois asupra psihonevrozelor (1904). Dubois trata servindu-se de „cuvintele antrenante". Prin conversații, el căuta să înlocuiască „ideile absurde" ale bolnavului prin „gînduri filozofice".

Hipnoza și sugestia sînt cunoscute din antichitate și se regăsesc sub forme variate în toate civilizațiile*.

Reamintim că în secolul al XVIII-lea, Anton Mesmer (1776) a formulat teoria „magnetismului animal", după care un fluid curativ se transmitea de la un subiect la altul. Studii asupra fenomenelor implicate s-au reactualizat în Anglia cu James Braid (1843) și în Franța cu Liébault (1860) ; ei au combătut teoria fluidelor și au introdus termenii de azi. Liébault a fost primul care a aplicat hipnoza pe scară largă în scop terapeutic. Alături de Bernheim (de la Nancy), Charcot (1878) și școala lui de la Salpêtrière au prezentat pentru prima dată fenomenele hipnotice ca fapte de experiență și ca date de investigație științifică.

Tehnica variază după experimentator și după bolnav, fiecare hipnoterapeut dezvoltîndu-și tehnica sa de inducție pe care o adaptează la pacient. Nu vom insista asupra acestor aspecte.

Aplicările hipnozei sînt de trei categorii. Hipnoza poate fi utilizată ca metodă de sugestie directă în scopul de a ușura anumite simptome ; ea poate fi utilizată ca un *catarsis,* metodă de descărcare emoțională și, în fine, ea se poate combina cu psihoterapiile „luării de cunoștință" (terapii vizînd reeducarea atitudinilor, tehnică de abreacție, hipnoanaliză).

Indicațiile hipnozei sînt foarte largi. S-a utilizat hipnoterapia în diverse tulburări funcționale ; în gastroenterologie, urologie, cardiologie, ginecologie, dermatologie. În anesteziologie se utilizează hipnoza cu sedare preoperatorie, ca agent ușurînd inducția anesteziei generale, ca sedativ postoperator. S-au obținut analgezii în diverse situații. De asemenea, hipnoza este folosită în nevrozele actuale (angoasă, astenie), în anumite nevroze caracteriale, precum și în sindroame psihosomatice cronice. Se consideră că psihoticii nu sînt hipnotizabili. În psihiatria infantilă, s-au tratat cazuri de enurezis, bîlbîieli, ticuri etc. Hipnoza nu presupune „somn", ea poate fi o stare specială de veghe. În cazuri speciale, ea poate provoca sau vindeca leziuni.

Autosugestia conștientă este proprie metodei lui E. Coué (aplicată cîndva și la noi în țară, în clinica profesorului Al. Obregia). Acest întemeietor de metodă a fost chimist prin studii și aplicație intelectuală, farmacist de meserie cîtva timp, și nici măcar autodidact în ale psihologiei și medicinii.

Autosugestia tip Coué folosește *cuvîntul*. Se recomandă, în primul rînd, evitarea autosugestiilor verbale negative (astfel, cuvintele „greu, imposibil, este peste puterile mele, nu mă pot împiedica să..." trebuie să dispară din limbajul subiectului). În al doilea rînd, se recomandă o autosugestie pozitivă nespecifică : în toate diminețile, la trezire, și în fiecare seară, subiectul va închide ochii și, *fără să fie atent* la ceea ce spune, va

---

* Problematica sugestiei și a hipnozei a fost dezbătută, recent, de Vl. A. Gheorghiu.

pronunţa destul de tare ca să se audă, numărînd pe o sfoară cu douăzeci de noduri, fraza : „din toate punctele de vedere, zi de zi sînt din ce în ce mai bine“. Autosugestia trebuie să fie făcută într-un chip cît se poate mai simplu, mai copilăresc, mai mecanic şi deci *fără nici cea mai mică sforţare*. În cazuri speciale, se adaugă şi autosugestii speciale (pentru durere etc.). Pentru explicaţia rezultatelor (care se obţin mai ales în tulburări funcţionale cu bază organică reală) se vorbeşte de *captarea forţelor inconştientului,* „marele director al tuturor funcţiunilor“.

Coué recunoaşte rolul *favorizant* al fricii de boală pentru instalarea ei. Orice boală este dublă : „la orice boală fizică se grefează şi una morală, predominantă“. *Bolile fizice se vindecă mult mai uşor decît suferinţele morale.* Coué a susţinut că „nimeni nu ne poate da sugestii atît de puternice cum ne putem da singuri“ şi, împotriva părerii generale, a arătat că sugestia poate *vindeca leziuni organice.*

Sugestiile de decor şi ritual în cadrul practicii medicale au fost semnalate de R. Liek. Peste *orice* act medical se suprapune o influenţă psihică ; în cadrul acesteia, joacă un mare rol decorurile, ceremonialurile şi ritualurile (o sală de operaţie modernă are o mare valoare psihoterapică !), dar mai ales *ecuaţia personală* a medicului. Orice acţiune medicală are două rădăcini : obiectivă *(sachlich)* şi personală. Ca atare, arta vindecării nu se poate despărţi de „miracol“. În categoria „vindecărilor miraculoase“, se pot îngloba şi metodele medicale *la modă* şi *en vogue* care : 1) au dat rezultate într-un mare număr *de boli* eterogene ; 2) au dat rezultate excelente în mîinile creatorilor lor — şi dubioase în alte mîini ; 3) au dat rezultate *bune* în anumite medii social-culturale şi mediocre în alte medii. Multe metode şi tehnici care se adresează sistemului nervos vegetativ fac parte din aceste grupe. În aceleaşi categorii, se încadrează operaţiile de întinerire de tip Voronoff şi Steinach ; anumite tratamente dietetice (cum ar fi dieta Gerson), radioterapice, homeopatice. *Teoriile* pe care se bazează (sau prin care se justifică) intervenţiile nu rezistă întotdeauna criticii ; iniţiatorii lor fac greşala de a deduce din succesele *personale* veracitatea teoriei.

Despre „credinţa care vindecă“ a scris J. M. Charcot încă în 1893.

Psihoterapia de relaxare are unele elemente particulare. Din toate timpurile s-a cunoscut interacţiunea dintre gîndire şi *atitudini corporale* în sugestie şi hipnoză. Metodele psihoterapeutice de relaxare derivă din unele mijloace utilizate de terapeuticile hipnozei şi în tehnicile yoga.

Se folosesc grade variate de detensionare musculară şi se aplică în tratamentul unor stări nevrotice şi al unor tulburări psihomotorii (ca ticuri, bîlbîieli, crampe „profesionale“) sau în controlul anumitor tulburări psihosomatice. Cele mai cunoscute metode sînt *relaxarea progresivă* a lui Jacobson şi metoda lui J. H. Schultz, de *„training autogen“.*

Mai cunoscută e metoda lui Schultz (autorelaxarea „concentrativă“), care începe printr-un antrenament cu ajutorul unui medic şi continuă prin exerciţii individuale. Tehnica cuprinde şase exerciţii corespunzînd „frazelor-cheie“ : „sînt complet liniştit“, „braţele şi picioarele sînt grele“, „braţele şi picioarele sînt complet calde“, „inima bate regulat“, „respiraţia este liniştită“, „plexul iradiază cald“, „simt o răcoare agreabilă pe frunte“. Considerînd că fiecare exerciţiu cere în medie 15 zile,

este necesară o durată de 3 luni pentru a cîştiga un bun automatism. După circa 6 luni, „frazele-cheie" pot să se reducă la „cuvinte-cheie" : liniştire, greutate, căldură, inimă calmă, respiraţie liniştită, plex cald, frunte răcoroasă. De la acest stadiu (numit „treaptă inferioară" sau „mică psihoterapie"), se trece la „treapta superioară" (mare psihoterapie), : stadiul culorii personale, stadiul obiectelor concrete, stadiul obiectului abstract...

În ceea ce priveşte indicaţiile, psihoterapia de relaxare poate fi utilizată atît ca „hipotensor" al rezonanţei afective (naştere fără teamă, analgezie chirurgicală), cît şi pentru potenţarea mecanismelor intelectuale (ca atenţia, concentraţia, memoria, *stăpînirea de sine* etc.).

Psihoterapia de sinteză şi de reconstrucţie — metoda Vittoz se bazează pe reeducarea receptivităţii senzoriale. Trebuie să-l ajutăm pe bolnav să „simtă" obiectele în modul cel mai elementar, evitînd de a le conceptualiza. Dereglarea cerebrală-tip care beneficiază este psihastenia (pe care Vittoz o leagă de un defect de conexiune între „creierul conştient" şi „creierul inconştient").

Exerciţiile metodei lui Vittoz pot fi descompuse în : exerciţii de cunoaştere, exerciţii de concentrare, exerciţii de voinţă.

Terapia comportamentală

În *terapia comportamentală* se cuprind metodele psihoterapeutice care îşi înscriu ca principiu condiţionarea şi decondiţionarea şi ca mod de acţiune învăţarea (şi dezvăţarea). Principalele metode ale terapiei comportamentale sînt :

a) *metoda inhibiţiei reciproce* (Wolpe, 1958) — constînd din asocierea unui excitant necondiţionat (în cazul de faţă răspunsul patologic) cu un excitant condiţionat, incompatibil cu primul. Condiţionarea (instrumentală) poate fi realizată prin recompensă, prin forma apariţiei unui excitant plăcut (întărire pozitivă) sau prin puniţiune (întărire negativă). De exemplu, unui copil cu fobia de şoarece i se condiţionează să primească o bomboană la fiecare apariţie a unui şoarece, dar concomitenţa anxietăţii şi a stării agreabile este exclusă (inhibiţie reciprocă). La adult, recompensa poate fi indusă prin relaxare autogenă. Se obţine o desensibilizare imaginativă, progresivă, sistematică la stimulii necondiţionaţi patogeni. În psihoterapia fobiilor şi a situaţiilor anxiogene se recomandă exprimarea şi formularea verbală a situaţiilor şi eventual protecţia psihofarmacologică sau hipnotică. Desensibilizarea *in vivo* a fost preconizată de Meyer (1957), Freeman şi Kendrick (1960) ;

b) *metoda inhibiţiei condiţionate sau a practicii negative* (Dunlap, 1932 ; Hull, 1943) se bazează pe ipoteza conform căreia repetarea continuă a unei obişnuinţe patologice poate determina dezorganizarea şi stingerea acesteia. Gusturile şi conduitele patologice reprobabile sînt exersate excesiv ; metoda este utilă în nevrozele mixte sau motorii, ca ticuri sau balbisme. Nu este exclusă însă instalarea accentuării nedorite a răspunsului în locul inhibiţiei lui (Dilling, 1971) ;

c) *metoda aversiunii condiționate sau a terapiei prin aversiune,* numită astfel de Solyom și Miller (1967), susținută de Rochman și Teasdale (1969) — a fost folosită încă mai de mult (Hare, 1912) în tratamentul alcoolismului cronic (asociere cu apomorfina, producătoare de greață și de vărsături). Condiționarea a fost realizată cu succes în enurezis, folosindu-se stimulul electric bine dozat (Wolpe și Lazarus, 1966) ;

d) *metoda condiționării operante* are un caracter pregnant pedagogic, întrunind dezideratul unei veritabile psihagogii ; se combină, după caz, excitanți necondiționați cu caracter de pedeapsă sau de recompensă în funcție de conținutul — dorit sau, respectiv, reprobabil — al reacțiunii (comportamentului) ;

e) *metoda intenției paradoxe sau a modificării expectațiilor* este una dintre metodele preconizate în logoterapia lui V. Frankl. Principiul pornește de la ipoteza că simptomele nevrotice reprezintă reacții condiționate, întărite prin anxietate. Retrăirea situației princeps anxiogene, în condiții de tranchilizare și protecție, duce treptat la dizolvarea simptomelor.

Între terapia comportamentală și psihanaliză există o *antiteză.* Wolpe (1963) vorbea despre o opoziție, legată de caracterul „neștiințific" al psihanalizei. Mai curînd am putea vorbi (G. Ionescu, 1973) despre situarea lor la extremitățile unei scale a mecanismului și a activismului intervenției psihologice. Terapia comportamentală consideră simptomul ca un mod comportamental fixat printr-un mecanism reflex ; psihanaliza — ca expresie a unor vechi situații conflictuale, trăite, refulate și uitate. Prima procedează deductiv ; cea de-a doua, inductiv. Psihanaliza recurge la o investigație istorico-longitudinală ; psihoterapia condiționării realizează o secțiune transversală prin efectuarea unui inventar simptomatic actual. Psihanaliza procedează obsesiv — terapia prin decondiționare procedează impulsiv-intempestiv. „Psihanaliza este de o prudență ce-i trădează-scepticismul ; decondiționarea este de un optimism ce-i suspectează realismul" (G. Ionescu). Sînt posibile, însă, numeroase puncte de întîlnire între ambele metode.

Menționăm că s-au publicat studii de învățare condiționată (prin condiționare operantă) a răririi sau accelerării ritmului ventricular, la pacienții cu fibrilație atrială (Bleecker și Engel, 1973). Stimulul mijlocitor a fost lumina colorată. Studii farmacologice au sugerat că acest control neurocentral al aritmiei s-a produs prin activarea căilor eferente colinergice.



Există și interpretări *informaționale* și *psihocibernetice* ale terapiei comportamentale. O teorie informațională a emoțiilor a propus-o Vimorov (1966). La nevrotici, în situații care ar cere un *feed-back* negativ (cu atenuarea reacțiilor și impresiilor) se manifestă un *feed-back* pozitiv : persistă reprezentarea evenimentelor neplăcute ; iterațiile *împiedică* stingerea reacțiilor (Larragoiti, 1978). Prin repetiții memoriale, elementul de „noutate" al traumei se erodează ; prin obișnuire, scade cantitatea de informație a semnalelor.

Terapeutice catartice

În acest grup menţionăm *subnarcoza (narcoanaliza, J. S. Horsley)* Starea de somnolenţă provocată artificial poate sluji nu numai la narcoterapie, dar şi la narcodiagnostic (scopocloraloza, Baruk). Veritabilul moment psihoterapeutic al narcoanalizei ar fi „narcosinteza“ (J. M. Sutter). De la narcoanaliză s-a ajuns la alte „psihoterapii farmacologice“, care utilizează fie combinarea de barbiturice şi analeptice, fie droguri diferite ca halucinogenele (oniroanaliză).

Terapia prin artă comportă două aspecte : 1) manifestările artistice ale bolnavilor ca un mijloc terapeutic sau „autoterapeutic“ şi 2) influenţa recepţiei operei de artă asupra omului sănătos şi bolnav.

În ceea ce priveşte primul punct, menţionăm că încă mai de mult s-au remarcat efectele terapeutice ale desenului la copil, diferiţi autori arătînd importanţa lui în reeducarea sechelelor postencefalitice, a copiilor cu dificultăţi în vorbire, a celor inhibaţi —, de asemenea în educarea delincvenţilor neadaptaţi. Valoarea *picturii* (şi a *artelor plastice)* ca tratament al adulţilor nevrozaţi şi psihotici a fost recunoscută încă de la începutul acestui secol. Creaţia artistică (sau de *tip* artistic) relaxează tensiunea profundă şi conflictele inconştiente. S-a constatat prezenţa unei simbolici universale în desenele bolnavilor mentali şi s-a remarcat şi satisfacţia emoţională care derivă din întrebuinţarea culorii desenului.

Pessin şi Friedmann (1949) socot că terapia prin pictură are cel puţin patru scopuri : 1) expresia creatoare întăreşte eul ; 2) ea ajută integrarea socială şi readaptarea la realitate ; 3) bolnavul îşi exprimă conflicte inconştiente pe care este incapabil să le verbalizeze ; 4) activitatea artistică permite să se descopere vocaţii.

Teatroterapia este veche. Se pare că Aristotel a fost primul care a notat efectul „catartic“ al acţiunii dramatice asupra spectatorului. Marchizului de Sade i se datorează prima întrebuinţare expresivă a teatrului în scop terapeutic *(teatroterapie).* Astăzi se utilizează *psihodrama lui Moreno, psihodrama analitică* şi *expresia scenică.*

În psihodramă, bolnavul joacă exact ca un actor, fiind obligat să acţioneze, să „iasă din boala lui“. El îşi exteriorizează astfel gîndurile, intenţiile, conflictele dezvoltării spontaneităţii. Terapeutul joacă rolul de regizor, ajutînd subiectul să-şi exprime dramatic viaţa sa reală — trecută ori prezentă — sau fantastică.

Psihodrama a fost utilizată pentru tratamentul tulburărilor de caracter la copii, al nevrozelor şi (în anumite cazuri) al psihozelor.

Pentru Moreno, spontaneitatea este o veritabilă funcţie, ca inteligenţa sau memoria, uneori insuficient dezvoltată în condiţiile civilizaţiei noastre. Scopul psihodramei este de a o *antrena.*

Expresia scenică este o metodă psihoterapeutică de *catarsis* şi de deprindere a expresiei. Ea se bazează pe transpunerea scenică de texte literare sau de teatru, deprindere îndrumată de un monitor de artă dramatică (Dars şi Benoit, 1964).

Muzica îşi datorează influenţa nu numai faptului că realizează (ca şi celelalte arte) o apropiere estetică a realităţii, o dezvăluire a sensului aspiraţiilor umane, ci şi faptului că „fiecare imprimă portativului ei un înţeles personal izvorît din trăirile lui proprii (L. Leonov). Muzica aduce,

la fervenții ei, destindere, bucurie, consolare ; dar, în multe cazuri, metodele pedagogice superficiale sau abuzul unei muzici dezechilibrate determină efecte defavorabile. S-a ridicat chiar problema dacă excesul de excitație muzicală (prin radio, cinematograf) nu contribuie la apariția tulburărilor vegetative frecvente în mediul urban — mai ales la copiii orașelor mari (Benhold — Thomson). Modul defectuos de a asculta muzica este acela în care se constituie „un zgomot de fond“, căruia nu i se acordă atenție, dar căruia i se simte lipsa atunci cînd încetează. Béréndès (1961) numește acest fapt „consum de muzică“.

Virtuțile medicinale ale muzicii erau cunoscute și de cei vechi. Ele erau legate atunci de magie și de religie (mitul lui Orfeu etc.). A devenit clasică distingerea, în muzicoterapie, a cel puțin trei aspecte : sonoterapia, ritmoterapia și meloterapia.

Efectele nervoase, vegetative, mai ales cele afective etc. sînt foarte variate. Elementul sonor poate duce de la acele „frisonări“ pe care le simțim la auzul unor anumite note, pînă la un *istupendio gaudio*, o „supersenzație“ de tip cenestezic, un fenomen de răsunet fiziologic ce interesează deodată mai multe registre ale simțirii și care, datorită studiilor lui Pavlov, a putut fi explicat prin iradierea procesului de excitație în domeniul mai multor analizatori.

Muzica influențează circulația (la om, la animale și chiar la plante !) : presiunea arterială, frecvența pulsului ; respirația ; (Dogiel, Patrizzi) ; tubul digestiv. Se poate spune că sînt afectate puternic unele organe inervate de nervul vag. Parhon (1927) a postulat conexiuni între nucleii perechilor a VII-a și a X-a ai nervilor cranieni. Cercetări ulterioare ale aceluiași (cu Aslan și Vrăbiescu), folosind între altele metoda pletismografică, fac plauzibilă ipoteza după care calea auditivă ar avea conexiuni funcționale cu substanța reticulată (la diferite niveluri) și cu hipotalamus. Efectele somatice ale muzicii nu s-ar datora numai reflexelor vegetative deslănțuite de excitanți senzoriali, ci și modificării sensibilității vegetative și cerebrospinale.

Dar muzica se adresează *în același timp* diferitelor etaje ale sistemului nervos și diferitelor „pături“ ale persoanei.

După ritm, intonație, etc., muzica poate provoca somn sau excitație nervoasă, veselie sau tristețe, dinamizare sau inhibiție, optimism sau pesimism ; poate releva adevăruri sau pune întrebări profunde despre existență, poate aduce răspunsuri, poate fructifica gîndirea abstractă, poate produce limpeziri teoretice etc.

„Nimic nu restabilește cu atîta iuțeală unitatea ființei mele ca muzica ; toate avînturile se leagă între ele, toate ideile apar colorate, încălzite cu partea lor psihică“ (scria Fr. I. Rainer).

Trebuie însă remarcat că felul de a reacționa la muzică are nu numai diferențe individuale, dar poate fi mult diferit la bolnavi față de cei sănătoși (s-au observat particularități de răspuns la schizofrenici, maniaco-depresivi, nevrotici, epileptici — în ultima eventualitate putînd provoca crize).

Edificarea unei *farmacopei muzicale*, așa cum a încercat mai de mult R. Schauffler, își găsește din ce în ce mai mult justificarea științifică. O metodă precisă a fost propusă și aplicată de Jost la subiecții de tip anxios, hiperemotivi, melancolici.

Această metodă se bazează pe asocierea potrivită a trei piese prezentate într-o anumită ordine în timpul ședinței : prima evocă starea deficientă a subiectului, a doua formează un contrast „neutralizant", a treia încearcă să realizeze efectul de durată căutat (stimulare, calmare).

S-a arătat (Faure, Francès și Igert, 1958) că stimulările muzicale utilizate în cursul unei cure de somn potențează acțiunea medicamentelor. Se observă o corelație între tonalitatea afectivă a anumitor stimulări muzicale și conținutul afectiv al viselor care survin la cel care doarme.

Muzica a putut fi utilizată și ca adjuvant analgetic (Rusca, 1935 ; Chevallier, 1956), capabil să procure operatului conștient o destindere psihică, o diversiune senzorială și o izolare acustică.

L. Corti (1958) a folosit muzica pentru a realiza „nașterea fără dureri".

Chevallier distinge schematic trei temperamente muzicale : temperamentul „concerto de Haendel", temperamentul „vals de Strauss" și temperamentul „varietăți sau surprize".

Unii consideră că muzica realizează mai ales o „decondiționare", analoagă aceleia pe care o procură schimbarea de loc, sportul, pescuitul sau plimbarea. Fără a nega această interpretare, vrem să subliniem totuși numeroasele *valențe spirituale* ale muzicii, care nu pot fi desconsiderate.

Este ușor de văzut (C. Bogdan) că un minimum de terapie prin artă se poate realiza în fiecare spital sau sanatoriu : tablouri, gravuri, cărți poștale, radio sau benzi sonore. Terapia prin artă poate fi considerată și ca o variantă a „terapiei prin frumos" *(kaloterapie)*. Frumosul natural (peisajul, cerul, florile etc.), ordinea și curățenia ambianței, frumosul artistic, aspectul personalului medical și auxiliar, frumosul tehnic (aparatură etc.) sînt componente ale acestei „psihoterapii minimale".

Psihoterapii colective

Acestea pun în joc acțiunea binefăcătoare, rezolutivă și reeducativă a interacțiunilor și comunicărilor în interiorul unui mediu organizat într-un scop terapeutic.

Psihoterapiile de grup sînt metode care utilizează pentru tratament fenomenele de interpsihologie în sînul unor grupuri restrînse, grupul fiind special constituit pentru a deveni agent terapeutic.

Distingem metode *verbale* (de ex. psihanaliza de grup) și *metode dramatice* (despre care am discutat în cadrul teatroterapiei).

În aceeași categorie intră *terapeuticile ocupaționale* (instituționale) numite și *ergoterapii* (răspîndite mai ales în spitale psihiatrice).

Ele sînt *socioterapii* cînd urmăresc readaptarea la o muncă cu o funcție socială evidentă, bolnavul redevenind „persoană" și „valoare". Se urmărește deci *valorizarea* (și nu numai *valorificarea)* bolnavului.

Culoarea

Un efect „psihoterapeutic" (sau, dimpotrivă, psihopatogen) revine și *culorii*. S-a arătat că acest factor are un rol însemnat în asigurarea „mediului static în cadrul spitalului", componentă a „regimului curativ de

protecție" (Al. Ciucă, E. Minciu, E. Solomon și Leibovici)*. Capacitatea omului de a deosebi culori este extraordinară: în practică, se folosesc între 400 și 1 000 de nuanțe. Goethe (autor al unei celebre doctrine a culorilor) a scris : „culorile au acțiune asupra psihicului, putînd produce senzații, putînd da naștere la emoții, provocînd tristețe sau veselie". Dealtfel, încă din antichitate culorile au fost folosite pentru a simboliza diferite stări sufletești sau pentru a da o mai mare variație și solemnitate ceremoniilor publice ; încă de la „primitivi", culorile au un rol decisiv în ornamentația locuințelor, dar și a propriului corp și în îmbrăcăminte. *Tradiționala* importanță atribuită culorilor de secole este un factor esențial în deșteptarea unei anumite stări psihice. În timp ce albastrul este o culoare calmantă, negrul este considerat simbol al tristeții, iar albul al purității. Se vorbește despre culorile „calde" (cele care corespund unei mari lungimi de undă) și culori „reci" (cele care corespund unei mici lungimi de undă) ; ele dau impresia termică corespunzătoare printr-un efect pur psihologic. Deși fiecare om are o scară (ierarhie) proprie a culorilor preferate, există o oarecare omogenitate în sensibilitatea maselor la diferiți stimuli colorați — fapt care a dus la exploatarea (cu bune rezultate) a însușirilor psihodinamizante a culorilor de către ergonomiști în atelierele industriale.

Efectele psihice ale culorilor au fost studiate de unul dintre întemeietorii psihologiei românești, Fl. Ștefănescu-Goangă.

Se cunoaște faptul că metabolismul și dezvoltarea plantelor și animalelor este net dependentă de culoarea luminii. Recent, s-a vorbit despre „foamea de o anumită culoare" a organismului bolnav.

Folosirea culorii în scop terapeutic definește *cromatoterapia* sau *cromoterapia ;* domeniul de predilecție este al patologiei mentale, deși s-au făcut și încercări de tratare a bolilor somatice, infecțioase etc.

Preferința pentru culori depinde de factori etologici, de *habitus-ul* psihic (Luescher), de mediul cultural, de vîrstă (C. Guja), dar și de starea sufletească momentană, ca și de condiții fiziologice sau de mediu, momentane.

În medicina actuală se tinde să se părăsească „acea mare de alb glacial" caracteristică spitalelor în urma triumfului principiilor asepsiei (Tagliaventi). Se urmărește evitarea monotoniei, uniformității și „impresiei de depersonalizare" — și aceasta, de pildă, printr-o utilizare adecvată a legii contrastelor. Culoarea și lumina trebuie să fie potrivite pentru o muncă de asistență medicală în bune condițiuni, respectîndu-se cerințele de fiziologie a vederii. Pe de altă parte, s-a recomandat folosirea unei culori corespunzătoare pentru fiecare categorie de bolnavi în parte, zugrăvirea pereților alăturați și a celor opuși în culori diferite, folosirea paravanelor etc.**).

Eforturile se îndreaptă spre împăcarea *utilului* cu *plăcutul,* uneori recurgîndu-se la soluții de compromis. Merită să fie reținută și indicația

* În general, *aspectul* spitalului, arhitectonica, dispoziția saloanelor și coridoarelor, compoziția și forma obiectelor de mobilă etc. — au o funcție psihoterapeutică sau iatrogenă, după caz.

** O inspirată folosire a culorilor și a frescelor colorate o ilustrează Clinica de stomatologie infantilă de la Iași (prof. M. Rusu).

după care, într-un spital mare, cearşafurile şi rufăria să fie de culori diferite, de la o secţie la alta (în felul acesta se poate evita, în cursul spălării, transmiterea unor infecţii de spital etc. — Al. Ciucă).

Menţionăm că problema culorii se pune şi cu privire la uniformele personalului de spital. Experimente efectuate în Gainsville (Florida) au arătat că anumite culori cresc apetitul bolnavilor, uşurează vindecarea etc. Culoarea albă (care a ajuns un semn distinctiv al profesiunii, alegerea ei avînd un sens *simbolic* dar şi o finalitate practică — depistarea uşoară a poluării) trebuie dozată inteligent.

În sfîrşit, problema culorii se pune şi cu privire la alimente şi la medicamente.

Coeficientul psihoterapeutic al medicamentului. Efectul placebo

Un medicament introdus în organism îşi exercită în parte acţiunea prin influenţe psihologice. Unul dintre aspectele cele mai importante ale terapeuticii medicamentoase (dar şi ale cercetării de farmacodinamie clinică) este constituit de *efectul placebo*. Sub acest termen se desemnează modificările obiective sau subiective ale stării unui subict la care s-a administrat, în medii medicale, un corp fără acţiune farmacodinamică proprie. Termenul de *placebo* (viitorul verbului latin *placere*) a fost întrebuinţat în ţările de limbă engleză din sec. al XVIII-lea, pentru a desemna un medicament fără acţiune reală, pe care medicul îl dă bolnavului pentru a-i „face plăcere". De fapt, studiul ştiinţific al efectului datează de la începutul secolului nostru (1918) şi a fost posibil datorită dezvoltării farmacologiei şi metodelor statistice. Primul articol consacrat special semnificaţiei psihologice a *placebo*-lui a apărut în 1945. În cazul administrării unui drog activ, efectul *placebo* este constituit de diferenţa dintre modificarea constatată şi cea imputabilă acţiunii farmacodinamice a produsului. Cam 1/3 bolnavi sînt *placebo-reactori* (sensibili la efectul *placebo*). Reacţiile pot fi în sens favorabil (pozitiv) sau pot fi (în 1/5 cazuri) nefavorabile (agravări, simptome alarmante, *nocebo)*. *Placebo* s-a administrat şi la normali pentru a testa efectele unui nou medicament, *placebo* fiind utilizat ca „medicaţie" martor (de control).

Efectul *placebo* este în funcţie de simptomul respectiv. Astfel, pentru durere există 62% subiecţi sensibili la *placebo* dacă este vorba de cefalee nemigrenoasă, 32% dacă este vorba de migrene, 28% în cazul durerilor de altă origine.

Nu numai simptomele subiective sînt influenţate de *placebo,* ci şi diferite simptome obiective (tensiunea arterială la hipertensivi, greutatea la tuberculoşii pulmonari etc.).

Se pare că există posibilitatea de a distinge, cu o anumită posibilitate, subiecţii care vor reacţiona la *placebo*. Pe baza investigării personalităţii (examen clinic, test Rorschach, chestionare de personalitate) s-a arătat că receptorii sînt persoane extravertite, anxioase, dependente şi cu o afectivitate labilă ; pe plan social, sînt conservatori şi cooperanţi cu personalul medico-sanitar. Cei cu reacţii negative la *placebo* sînt neîncrezători, rigizi şi cu o anxietate manifestată mai ales în simptome somatice.

Trebiue de adăugat că însuşi modul de prezentare a substanţei, calea de introducere, modul de administrare, joacă un rol în producerea efectului.

Placebo ar părea să aibă o „eficacitate" descrescîndă pentru prezentările următoare : injecţii, drajeuri, comprimate, supozitoare. Placebo-urile colorate şi cele amare par mai active decît cele necolorate şi fără gust (insipide). De asemenea *placebo* se comportă ca un drog „tahifilactic", efectul tinzînd să se epuizeze în cursul aplicaţiilor succesive.

S-a remarcat că efectul *placebo* depinde în mare măsură de atitudinea medicului. Dacă acesta este convins de eficacitatea terapeutică a produsului administrat, efectul *placebo* va fi mult mai marcat decît dacă ştie că este vorba de o substanţă inactivă. Acest fapt provine mai ales din modificarea inconştientă a comportării medicului, modificare care se va exprima, dacă nu explicit în convorbirea sa cu bolnavul, cel puţin în atitudinea sa. Din această cauză, se întrebuinţează în studiul acţiunii farmacologice a medicamentelor, metoda dublu oarbă *(double blind)* ; nici pacienţii şi nici medicul nu ştiu care dintre medicamentele administrate sînt cele presupuse a fi active. Se folosesc două grupe de bolnavi, unii primind medicamentul activ, iar alţii *placebo*.

S-au dat numeroase explicaţii efectului *placebo* ; cea mai simplă şi răspîndită ar fi aceea a sugestiei exercitată de către medic asupra bolnavului, ca un fel de transfert psihoterapeutic. Cercetările din ultimul timp insistă asupra rolului condiţionării (Wolf şi Hagans), ansamblul medic-*placebo* constituind semnalul declanşat al reflexului condiţionat. Cu alte cuvinte, un bolnav care a reacţionat pozitiv la un medicament „autentic" după mai mult timp reacţionează în acelaşi mod la orice „medicament". Răspunsul poate fi deci „idiospecific" şi depinde de asemenea de ceea ce *aşteaptă* bolnavul de la tratament. O altă cale de acţiune ar fi mobilizarea dorinţei bolnavului de a se vindeca.

Privire retrospectivă şi completări

Pe baza a 2 300 de publicaţii cercetate, Jonokheére (1965) a ajuns la concluzia că mai răspîndite sînt aproximativ 40 de tehnici psihoterapeutice (dar numai 19 studii sînt făcute cu grupuri comparative, de unde dificultatea de a judeca eficacitatea lor). Asemenea evaluării şi consideraţii se fac, fireşte, cu privire la psihoterapia *metodică* ; psihoterapia *incidentală*, de uz spontan-ocazional, este curent aplicată, indiferent dacă medicul o face intenţionat sau neintenţionat.

După cum am mai subliniat, este imposibil să separăm actul medical de o influenţă psihoterapeutică (sau de o influenţă negativă iatrogenă în cazuri regretabile). S-a spus că medicamentele materializează şi vehiculează relaţia psihoterapeutică (Bălănescu). S-a vorbit despre „paradoxul medicinii" : o tehnică şi o „artă", care abia de un secol are mijloace medicamentoase probate ştiinţific, a putut fi eficace milenii şi milenii, fapt pus pe socoteala psihoterapiei (Pamfil). Moreno consideră şi religia ca pe „cea mai mare şi mai ingenioasă procedură psihoterapeutică pe care a inventat-o omul" şi pe lîngă care psihoterapia medicală are rezultate minore.

Este, desigur, o afirmație discutabilă, bazată pe ignorarea funcției de *alienare* pe care o au religiile ; dar să nu uităm că Marx le-a asemuit cu o administrare colectivă de opium.

Ni se pare interesant să cităm cîteva cuvinte ale profesorului Marius Sturza (1951), cunoscut și experimentat balneolog : „psihoterapia se manifestă însă în mod pregnant la *aplicațiile fizioterapeutice* (sublinierea ne aparține) ; există un paralelism între efectele fizioterapice și cele psihoterapice. Factorii de psihoterapie sînt, în aceste cazuri, încrederea în metodă (la care adăugăm *aspectuozitatea* aparaturii tehnice și atitudinea ambivalentă față de realizările acesteia), convingerea că se află în mîini bune și *personalitatea medicului* (cu o putere sugestivă foarte variabilă)". Un alt remarcabil reprezentant al școlii medicale clujene, profesorul Popoviciu spunea asistenților săi referitor la medicament : „nu are importanță *ce* îi dăm, ci *cum* îl dăm". Intervine *ceremonialul și „ritualul"* examinării, explorării administrării mijlocului terapeutic. Pentru unii autori (Bălănescu) contează mai mult „deschiderea omenească către semeni, comunicarea afectivă, simpatie, comuniune, dragoste poate". Dar nu trebuie să uităm că alteori intervine tocmai caracterul distant, *dar dominator* al terapeutului. În această privință, reamintim anecdota consultării lui Bismarck de către Schweninger ; „cancelarul de fier" pretindea să fie examinat fără să i se pună prea multe întrebări ; medicul i-a făcut observația că așa poate proceda *un veterinar,* la care, eventual, acesta ar putea să se adreseze ! Bismarck — a rămas pacient credincios al lui Schweninger ; a recunoscut că acesta a fost singurul medic care a știut *să-l domine ;* pe toți ceilalți i-a dominat el (ceea ce, bineînțeles este perfect explicabil). Unii medici folosesc premeditat sau fără să-și dea seama — psihoterapia vehiculată de *durere* (explorări dureroase, injecții dureroase etc.). Explicația că în acest fel bolnavului „i se taie pofta" *să mai facă pe bolnavul* este simplistă. O valoare psihoterapeutică o are orice situație de șoc (pozitiv sau chiar negativ), de neprevăzut și de surpriză. Primejdia mobilizează resursele ființei și o obligă la integrare. Pe de altă parte, psihoterapie este și contactul cu frumosul, succesul, bucuria și speranța, actul de a da atenție, actul de bunăvoință, de respect și de interes etc. Relația de comunicare și simpatie „de la om la om" nu este previzibilă și guvernabilă ; dar o serie de comportări pozitive în raport cu bolnavii pot fi *învățate.*

S-a vorbit despre necesitatea unui *minimum psihoterapeutic,* cu atît mai necesar cu cît tehnicizarea medicinii actuale riscă să suprime ceea ce era vehiculat inconștient în contactul tradițional dintre medic și bolnav. Activitatea medicului nu trebuie să fie numai o „lucrare în carnea umană", ci, mai întîi, una comparabilă în sufletul uman (O. Müller). Nu numai că psihoterapia își găsește locul (și în același timp) *alături* de somatoterapie, dar se cere a fi *îmbinată* cu ea *(in gekoppelter Form)* (Sihle).

Psihoterapia *metodică* (numită pe scurt „psihoterapie") pune probleme de pregătire a cadrelor, de disponibilitate de timp și de mijloace etc. Ne interesează mai puțin aspectele organizatorice, cît cele de principiu. C. Belciugățeanu (1965) a ridicat problema *metodei* și a *conținutului* și s-a întrebat, mai întîi, dacă mijloacelor predominant afective (cum este sugestia în stare de veghe sau de somn hipnotic) nu trebuie să le fie preferate uneori (sau cît mai des) mijloacele predominant raționale : per-

suasiunea și explicația. *„Fondul psihic* transmis cu cît mai multă răspundere“ trebuie să-l preocupe pe psihoterapeut. Terapia de restructurare pozitivă a personalității trebuie să vizeze în primul rînd caracterul, care este nucleul acesteia ; în cadrul psihoterapiei, medicul îl poate ajuta pe bolnav să-și modifice atitudinea față de boală, față de sine însuși, față de societate, îi poate insufla noi interese și criterii, noi convingeri și scopuri. Belciugățeanu insistă asupra faptului că psihoterapia „cuprinde și cea mai mare semnificație etico-deontologică pe care o poate avea profesiunea medicală“ : tratamentul trebuie aplicat nu numai *destoinic,* ci și *de pe pozițiile umanismului contemporan.* Aceasta înseamnă, mai ales, o concepție în esență optimistă despre *sănătatea omului contemporan,* combaterea supraestimării importanței elementelor morbide din om (care este, în zilele noastre, favorizată de unele curente literare și filozofice ca existențialismul, voluntarismul etc.). Din această perspectivă, psihoterapia trebuie și ea „oprită la timp“, redînd bolnavului „sentimentul legitim al degajării de starea morbidă“.

E. Kretschmer înglobează *recomandările etice și de înțelepciune* în cadrul psihoterapiei și *igienei* mentale. El analizează chiar și filozofia anihilării (Nirvana), dar soluțiile filozofiei budiste le consideră neconvenabile pentru omul modern din Occident. Ca fundament al psihoterapiei, se poate alege acel „fi tu însuți“ goethean, activitatea conformă cu legile interne ale propriei personalități, cu excluzia imixtiunilor străine (heteronome) și ambivalente și cu o orientare constructivă *(activitate* vie, concretă, liberă, altruistă). Pentru Kretschmer, vindecările „miraculoase“ dau o indicație prețioasă despre posibilitățile psihismului și ale psihoterapiei. Dar întrebarea nu este : ce e posibil în *principiu* ?, ci : ce este *practic* să încercăm ? De aceea, psihoterapia nu va tinde să înlocuiască medicații probate ; este sigur, însă, că ea ar fi putut înlocui munți de medicamente și hecatombe de operații la pacienții cu important coeficient nevrotic. De psihoterapie beneficiază în primul rînd sindroamele condiționate de existența complexelor, cele provocate de o „dietetică psidică defectuoasă“ (cum ar fi suprasolicitările și răspunderile excesive)* ; dar de resortul psihoterapiei sînt și sindroame *nepsihogene,* cum ar fi distoniile vegetative. Faptul că psihoterapia vindecă nu este o dovadă pentru psihogeneză — argument folosit și împotriva *doctrinei* psihanalitice. Metodele de antrenare *(training)* au o mare valoare. Cît despre dizolvarea complexelor, Kretschmer amintește posibilitățile de abreacție prin uzură în timp, printr-o „explozie“ afectivă neașteptată, prin detentă *(catharsis,* mărturisire), prin meditare clarificatoare, care suprimă „izolarea“ complexului (și deci caracterul de „corp străin“), prin sublimare (înțeleasă ca o descărcare productivă, creatoare). Activitatea, munca „este nucleul și steaua psihoterapiei“. Este de amintit aforismul lui Goethe : înțelegerea nu mă ajută (consolează) ; înțelepciunea — puțin ; timpul — mult ; activitatea — deplin.

Deși psihoterapia are numeroase implicații etice, psihoterapeutul trebuie să știe să-și păstreze, între anumite limite, *neutralitatea axio-*

* Ideea *dieteticii sufletești* se găsește încă la Seneca. Ea a fost pusă în largă circulație la mijlocul secolului al XIX-lea de către poetul Feuchtersleben, fost profesor la Facultatea de medicină din Viena.

logică, să se abţină de la aprecieri şi reprobări. Pacientului i se poate arăta, însă, cum este privită acţiunea sau intenţia lui de către societate (conceptul de sancţiune : Brender, 1965).

Există implicaţii medicale ale *urîţeniei* şi *frumuseţii fizice*, iar o parte din eforturile medicinii sînt investite în chirurgia estetică, în cosmetică etc. (*cosmiatria* lui A. Voina). Psihoterapia poate fi şi ea un procedeu însemnat în cosmiatrie. Sub influenţa psihoterapiei (eliberatoare de complexe, suferinţe, inhibiţii, spasticităţi, tendinţe agresive şi distructive), persoana devine mai simpatică, mai atractivă ; comportarea liberă şi liniştită, expresia mulţumită a figurii, susţine succesul social. Îndeosebi „orice terapie care liberează Erosul de spasm şi de chin acţionează în cel mai înalt grad“ (Meng).



Sen Alexandru a scris o întreagă carte pentru a prezenta „o viziune educaţională asupra psihoterapiei“ (1978). Actul educaţional are o funcţie terapeutică (şi profilactică) după cum actul medical nu este un act de simplă restabilire a unui *statu quo ante*. Nu este vorba în primul rînd de educarea deficienţilor mentali sau de logopedie : domeniul de elecţie sînt nevrozele. Dacă P. Delore insista asupra „funcţiei pedagogice a spitalului“ (1959), originile educaţiei terapeutice se cer căutate în China antică, în Elada, în gîndirea lui Seneca ; primul sistem constituit de educaţie terapeutică este Hatha Yoga. Ideea revine la materialiştii francezi din secolul al XVIII-lea, este subliniată de Ph. Pinel. Este interesant de citat din Auguste Comte, după care educaţia şi medicaţia corespund, respectiv, „istoriei naturale“ şi patologiei. În timp ce educaţia direcţionează dezvoltarea într-un scop determinat, medicaţia este o „acţiune raţională“ pentru a readuce fiinţa vie la starea normală“ ; ambele sînt ramuri ale „biologiei concrete“. Un merit deosebit revine lui A. Kronfeld (1927), care introduce termenul de *psihagogie* pentru „învăţătura de educaţie psihoterapeutică“. Funcţia terapeutică a educaţiei potenţează capacitatea metodelor de a realiza efecte terapeutice. Procesul care îi dă naştere este educaţia terapeutică. Studiul ei este o veritabilă pedagogie terapeutică. Terapia educaţională este, în înţelesul autorului, orice formă de psihoterapie realizată prin metode şi procedee educaţionale. Terapia prin înţelegere este o astfel de terapie, ca şi terapia comportamentală, biblioterapia (terapia prin cărţi), logoterapia, psihodrama, art-terapia, muzicoterapia. Antrenamentul autogen şi ergoterapia nu sînt, fireşte trecute cu vederea, nici sugestia, hipnoza şi inspiraţia psihanalitică de la baza unor procedee contemporane.

Bio-feed-back şi comportament

Noţiunea de *bio-feed-back* (BF) a fost introdusă în neurofiziologie, fiziopatologie si psihologie în ultimii zece ani. Pornind de la observaţiile lui Kamiya (1968) care urmărea să obţină controlul voluntar asupra activităţii electrice corticale (unde alfa) şi, corelativ, asupra unor stări psihologice complexe, numeroşi cercetători au folosit resursele tehnicii elec-

tronice şi ale automatizării pentru realizarea unor sisteme biotehnice (am zice „antropotehnice“) speciale, în care informaţii asupra stărilor funcţionale din diferite organe, conştientizate, servesc ca punct de plecare pentru tentative de influenţare a acestor funcţii. În fond este vorba de reluarea capacităţii de „învăţare“ a *organelor interne,* problemă care a fost abordată de şcoala lui I. P. Pavlov în cadrul concepţiei nerviste (ducînd la cunoscuta teorie corticoviscerală a îmbolnăvirii organelor) şi de curentul medicinii psihosomatice (cu alte concepte şi metode decît cele ale fiziologiei). Alături de observaţiile lui Kamiya, menţionate mai sus, reluarea problematicii în laborator şi în clinică porneşte şi de la lucrări neurofiziologice legate de numele lui Miller, Basmajian sau Olds. Culegeri de materiale, cu accente cînd pe aspectele psihologice cînd pe cele neurofiziologice, apar în ritmul de cîteva pe an.

După cum precizează A. H. Black şi A. Cott (1977), BF trebuie limitat la cercetările şi rezultatele : 1) în care răspunsurile organelor interne sau ale musculaturii striate nu sînt observate direct (de către experimentator sau de către subiect) ci prin mijlocirea unor instrumente ; şi 2) în care scopul este producerea unui control asupra acestor răspunsuri cu ajutorul unor stimuli contingenţi. (Aceşti stimuli contingenţi pot fi priviţi ca „întăritori operanţi“ în sensul lui Skinner, dar o asemenea interpretare rămîne încă discutabilă.) Spre deosebire de ceea ce se credea în primii ani ai răspîndirii metodei, rezultatele pozitive „de bilanţ“ nu se înscriu numai în domeniul psihologic propriu-zis, ci şi în sectorul clinic şi — mai ales — în cel al cercetării fundamentale privind corelaţiile psihosomatice şi plasticitatea sistemului nervos (greşit denumit, cîndva, „sistem nervos autonom“). Menţionăm de asemenea că discuţiile asupra metodei ating în mod necesar teme de mare interes psihologic, cum ar fi teoriile învăţării, natura încă neclarificată a emoţiilor, percepţia viscerală în corelaţie cu exteropercepţia şi cu propriopercepţia, sugestibilitatea, efectele mentale ale relaxării musculare. Deşi — la primul contact — conceptul de BF ne trimite cu gîndul la cibernetică, interpretarea riguros cibernetică a datelor este încă un deziderat (J. Anliker). Progresiv, se subliniază importanţa unei contribuţii doctrinare mai puţin citate : ideea „modelului interior“ al ambianţei în „calculatoarele“ vii, adică în creier (F. A. Hayek).

În rezumat, se poate reţine faptul că metoda BF repurtează succese promiţătoare în situaţii atît de diferite cum ar fi epilepsia, hipertensiunea arterială, tulburările de ritm ale inimii, tulburări neuromotorii (paralitice sau spastice). Este posibil să se modifice prin BF frecvenţa şi amplitudinea undelor alfa şi tetha din electroencefalogramă, ca şi fluxul sîngelui în arterele coronare. BF ar fi recomandabil ca tehnică *anti-stress.* Întrebările pe care le ridică observaţiile, sau unele contraziceri între rezultate, sînt însă numeroase şi vizează bazele interpretării lor. De pildă, s-a constatat că amploarea, dar şi calitatea efectelor, depind de expectaţia subiecţilor, ca şi de instrucţiunile verbale date lor. BF, ca metodă terapeutică, nu este oare, un simplu *placebo* ? Într-o sistematizare nuanţată a datelor (datorită lui H. Legewie), se face distincţia între *controlul direct al simptomelor* (la nivelul vegetativ şi hormonal), *controlul lor la niveluri superioare* (cerebrale) şi *mecanismele terapeutice indirecte.* Sub ultima etichetă cuprindem : efectul *placebo,* creşterea sugestibilităţii, creş-

terea motivației (de exemplu speranța în vindecare, persistența în aplicarea măsurilor terapeutice), mecanismele cognitive (autorul admite teoria bifactorială a emoțiilor, argumentată de Schachter, după care percepția unei stări fiziologice de excitație este interpretată drept o emoție pozitivă sau negativă, depinzînd de stimulii ambientali particulari). Totodată, se ridică și întrebarea dacă BF este o alternativă *superioară* altor tehnici terapeutice psihosomatice, cum ar fi tehnicile de relaxare, de meditație sau unele variante de terapie comportamentală. Există — susțin diferiți autori — un comportament „al durerii" (care este mai mult decît *expresia* durerii), ca și un comportament „de boală", iar ele introduc pacientul în cercuri vicioase. Probabil că medicina a subestimat pînă azi implicațiile activității musculare în geneza stărilor psihice curente (ca veghea sau emoția), sau patologice (ca anxietatea) sau de calm dorit (ca în relaxare).

Psihofarmacologia ca psihoterapie indirectă

Titlul acestui subcapitol exprimă o idee banală. Sedarea durerii și a anxietății a primit un ajutor puternic prin dezvoltarea psihotropelor ; în plus, au intervenit (ca descoperiri poate epocale) substanțele cu acțiune pe sistemul neurovegetativ și umoral implicat în emoție (și *stress*), ca și cele ce blochează receptorii catecolaminei, sau enzimele ce degradează intermediarii chimici ai excitației nervoase. Date noi au fost aduse de biochimie și de medicina „neconvențională".

Cercetări de fiziologie clinică au arătat, de exemplu, că în interfața dintre aparatul cardiovascular, metabolism și psihic, intervin factori ereditari : răspunsurile tensiunii arteriale și frecvenței ritmurilor cardiace sînt foarte apropiate la gemenii monozigoți (în solicitare) (T. Theorell, 1978). Intervin factori socioculturali : presiunile familiale intervin în etiologia infarctului miocardic la americani, în timp ce la suedezi, cele periculoase sînt legate de activitatea de muncă (responsabilitate, conflicte, suprasolicitare) (Orth-Gomer, 1979). Tensiunea arterială nu se ridică în mod necesar cu vîrsta, cum au arătat cercetări comparative (de „sociofiziologie") pe londonezi (la care aceasta se urcă), pe boșimani (Truswell, 1972) și pe zuluși (Scotch, 1963). Intervin evident obiceiuri alimentare — ca ingestia sporită de clorură de sodiu, independent de rasă (Dahl, 1961). Excreția de noradrenalină scade în somn și crește în efortul profesional, mai ales în cel de noapte (Theorell, 1979). Catecolaminele cresc circulația de acizi grași liberi, creștere care are loc în exercițiul fizic complicat cu stări emoționale (competiție), dar mai puțin în efortul fizic *per se.* Mai precis (Stephens și colab., 1979), în timpul efortului acești acizi sînt consumați, concentrația crește în sînge după încetarea efortului, dar revenirea este promptă la cei antrenați. Nivelul lor crescut este corelat cu tulburări de ritm ale inimii și cu micro- sau macroaccidente vasculare. Creșterea tensiunii arteriale — și probabil și a acizilor grași liberi în asemenea condiții (efort+emoție) este prevenită prin beta-blocanți adrenergici (ca propranololul).

S-au mai pus în evidență creșterile mai puternice ale catecolaminelor și ale colesterolemiei în *stress,* la așa-zisul tip A de personalitate, la care

şi riscul de boli coronariene este mai mare (R. H. Rosenman, 1979). Este tipul aflat în continuă „luptă pentru viaţă", care încearcă să realizeze cît mai mult în timp cît mai scurt, care este preocupat de termene şi frecvent ajunge în conflict cu alţii.

Pe de altă parte, metodologia cercetării de farmocologie clinică ne permite azi să comparăm efectele cardiovasculare (tensiune, frecvenţa pulsului, modificările ECG) în *stress*, sub acţiunea anxioliticelor (ca diazepam), a beta-blocanţilor (ca propranolol şi oxprenolol), ţinînd seama şi de efectul *placebo* (Koella, 1978 ; Davidson, 1978 ; Blaha, 1978).

O ilustrare a intervenţiilor combinate ale psihoterapiei, farmacoterapiei şi acupuncturii pe un fond cultural special, o reprezintă succesele anesteziei (insensibilizării) operatorii prin acupunctură, în China populară şi socialistă. Efectele spectaculoase (în pînă 90% din cazuri) s-au obţinut de către medici chinezi pe pacienţi chinezi aderenţi la învăţăturile lui Mao-Tze-Dun. „Pragul" durerii depinde de factori spirituali şi culturali ; în varianta marxismului elaborată de Mao, se subliniază importanţa determinantă a factorului *uman* (şi nu a celui *material*), „materialul se poate transforma în moral şi moralul în material — dar întotdeauna comandă moralul". Răspîndirea vechii practici a acupuncturii la scară naţională (şi rurală) se datorează gîndirii marxiste mobilizatoare, însuşită de sute de milioane, care vedeau în aceste măsuri o concretizare a acestei gîndiri şi îi dădeau o semnificaţie politică şi naţională (Peyrefitte, 1973). În acest context, se stabileşte o relaţie specifică cooperantă între medic şi pacient ; pacientul — căruia i se explică decursul actului chirurgical — „participă" la operaţie şi la sfîrşitul ei are „un moral de învingător", considerînd succesul acupuncturii ca un „triumf asupra durerii şi bolii", ca o „victorie asupra propriilor deficienţe". Pregătirea ideologică este refăcută în ora care precedă operaţia. Pacientul este bucuros să accepte o tehnică populară şi care face parte dintr-o medicină pusă în slujba maselor.

Anexă : „Magnetismul animal" şi fenomene înrudite

Deşi există forme de trecere între hipnotism şi aceste fenomene, cele două aspecte de influenţe interpersonale nu pot fi înglobate indistinct în cadrul *psihoterapiei*.

„Magnetismul" premesmerian folosea, probabil, — ca şi o mulţime de mijloace terapeutice din toate timpurile — sugestia, dar tehnicile lui Mesmer (între 1775—1785) erau mai complexe, făcînd apel nu numai la autosugestie, ci şi la forţe personale (obscure) capabile să se amplifice prin şedinţe colective şi care duceau, nu atît la somn, cît la crize convulsive în *stare trează*. În timp ce hipnoza face din om un automat maniabil de către hipnotizator, „magnetizarea" încearcă să transmită pacientului influenţe personale biotrofice, *mîinile* fiind „emiţătorul" preferat al unor fluide (?), radiaţii (?), emanaţii (?) caracteristice, care acţionează şi direct, *local*, asupra părţii bolnave. Astăzi se vorbeşte de „cîmpuri" biologice, ale materiei biostructurate (*biosic* sau *noesic*) (Macovschi). Străduintele celor ce se ocupă cu „magnetismul animal" sînt evidenţierea unor acţiuni obiective şi asupra animalelor, plantelor, corpurilor neanimate (care prin „mag-

netizare“ ar căpăta însuşiri biochimice şi biofizice noi). „Magnetizarea“ indusă nu pare să depindă de însuşirile magnetice sau electrice ale substanţei ; în general, aparatele electromagnetice nu sînt influenţate de către influx, dar desfăşurarea unor fenomene magnetice ar putea fi perturbată (?). Apa „magnetizată“ ar dobîndi alte însuşiri biologice (în ce priveşte germinarea seminţelor, întreţinerea activităţii organelor *in vitro* etc.) şi este utilizată ca „medicament“ (influenţarea apei este incriminată încă de prin 1840). Starea psihologică a bolnavului poate condiţiona efectele şedinţei, dar consimţămîntul său (sau speranţa, credinţa etc.) nu sînt absolut necesare pentru obţinerea efectului. Modificările organice pot fi influenţate mai puternic decît starea subiectivă a pacientului. De obicei, pacientul sesizează acţiunea „magnetizorului“ graţie unor senzaţii care amintesc de cele date de curentul electric (de unde şi răspîndirea termenului de „biocurenţi“). Capacitatea de a „magnetiza“ ar depinde de exerciţiul voinţei, de conduita morală, de aspiraţiile etice etc.

Tehnica „magnetizării“ foloseşte de obicei aşezarea mîinilor *loco dolenti* (chirotetia), pasele magnetice (în care mîinile nu ating corpul, ci se mişcă de-a lungul său), „iradierea“ prin degete, „suflarea“ etc. Biserica catolică a canonizat 34 astfel de vindecători, considerînd că anumite fenomene parapsihice sînt miracole... Şedinţele de circa 30 minute duc la manifestări de tipul : transpiraţie, tremor, oboseală, somn, letargie etc. „Transmiterea“ influxului se poate face şi prin metoda „mînă în mînă“ sau „ochi în ochi“, dar şi de la distanţă.

Operatorii sînt deseori capabili să stabilească *diagnostice* prin simpla explorare superficială cu mîinile. Această „defectoscopie“ se întinde de la tulburări funcţionale de auz sau nevralgii pînă la tumori, calculoză vezicală etc. şi — ceea ce este foarte bizar — şi la afecţiuni din trecut. O anumită „identificare“ cu pacientul permite operatorului să „preia“ asupra sa suferinţele bolnavului. De fapt, parte din aceste fenomene fac parte din telepatie : s-a numit *simpatism organic* capacitatea unor somnambuli de a „suferi“ durerile unor persoane asemănătoare sau îndepărtate şi de a diagnostica boli. Încă primul somnambul studiat de Puységur (1784), simplu ţăran incult, a putut să-şi descrie exact boala de care suferea şi să-şi indice remediile care l-au vindecat. Emulii lui Puységur au mai descoperit fenomenul de *autoscopie* — adică viziunea organelor interne (proprii sau ale altora) şi *transpoziţia simţurilor* (de exemplu, un subiect auzea prin epigastru şi vedea prin vîrful degetelor). După Sollier (1903), autoscopia internă este bazată pe cenestezie : senzaţii cenestezice sînt traduse în termeni vizuali. Comar (1901) a descris un caz în care subiectul şi-a putut „diagnostica“ prezenţa în apendice a unui fragment de os, care a produs o inflamaţie intestinală ; altul, în care subiectul şi-a putut urmări progresiunea către evacuare a unui ac înghiţit. E. Servado (1954) crede că fenomele „supranormale“ se produc atunci cînd în faţa obstacolelor întîlnite, anumite mecanisme de apărare, psihologice sau psihofiziologice ale Eului corporal sau mental, destinate să integreze şi să protejeze viaţa noastră afectivă, nu funcţionează cum trebuie. Se restabilesc astfel, momentan, căi de expresie şi mijloace de comunicare mai primitive (regresie). Ansamblul fenomenelor *psi* se conectează cu pături profunde ale inconştientului, care scapă tendinţelor evolutive spre individuaţie, spre aprehensiunea precisă a timpului şi a spaţiului, spre dezvoltarea

facultăţilor intelectuale, spre percepţia strict senzorială. Rhine a introdus termenul de „percepţie extrasenzorială“ şi pe cel de „psihokinezie“. Asemenea achiziţii, care caracterizează fiinţele superioare, sînt menţinute prin mecanisme mentale şi cerebrale care pot regresa momentan sau se pot dezintegra.



Pentru noi, este de mare importanţă faptul evidenţiat de P. Janet în 1884 : există „sugestii care acţionează nu asupra gîndirii somnambulului, ci asupra corpului său“. Charcot, Bernheim, Beaunis, Janet au obţinut arsuri prin sugestie (cu bulă şi crustă), la *locurile indicate*. „Aplicînd“ un sinapism imaginar pe burta unei paciente, P. Janet a constatat că roşeaţa avea forma unui dreptunghi cu colţurile tăiate ; or bolnava a explicat că, de obicei, ea tăia colţurile sinapismelor. În experienţe succesive, P. Janet a putut să stabilească că ideea preconcepută a formei sinapismului a determinat dimensiunea şi forma roşeţei (în S, în stea). Cităm experienţele de *dermatografie* ale lui Crookes, Osty : pe piele (braţ, piept) pot apărea literele şi desenele sugerate sub forma unor zone geometrice de vasodilataţie. P. Janet, Myers, Rochas au publicat cazuri de *stigmate sanguinolente* apărute la extaticii religioşi prin reprezentarea vie a patimilor lui Hristos. Ele fuseseră descrise încă din Evul Mediu. Sînt fenomenele pe care Sudre le-a numit *ideoplastice*.

Acest grup de fenomene *psi* se încadrează perfect în relaţiile patogene psihosomatice. Cum fenomenele *psi* se definesc (imperfect) şi prin caracterul lor deocamdată inexplicabil şi „misterios“ — *ideoplastia* pozitivă, terapeutică, corespunde semantic la o „vindecare miraculoasă“.

Bibliografie

ADAMS G. F. and HURWUTZ L. S., Mental Bariers to Recovery From Strokes. „The Lancet“, 1963/2, nr. 7307, p. 533.

ADO A. D., Problema calităţii în patologie, în vol. *Probleme filozofice ale medicinii*. Ed. medicală, Bucureşti, 1963, p. 53.

ALEXANDER F., *La médicine psychosomatique*. Payot, Paris, 1952.

ALEXANDER F. and ROSS H., *The impact of Freudian Psychiatry*. Univ. of Chicago, 1961.

ALEXANDRU SEN, *Educaţie şi terapie*. Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1978.

ALLPORT G. E., *Personality and Social Encounter*. Beacon Press, Boston, 1964.

ALLPORT G., *Pattern and Growth in Personality*. New York, 1965.

ALTEN, E. H., The Psychology of Handwriting and its Importance to the Psychiatrist. „Med. Rec.“, 1939, vol. 150, p. 71.

* * * L'angoisse, aspects qualitatifs. „Ciba revue“, Basle, 1976.

ANHOFER H., *Aberglaube und Hexenwahn Heute*. Herder, Freiburg, 1960.

ANSELL BARBARA (ed.), *Rheumatism and Psyche*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Vienna, 1976.

ANTONELLI F., Cadre nosologique du rhumatisme psychosomatique. „Méd. et Hyg“, 1967, nr. 766, p. 155.

ARGYLE M., *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Penguin Books, Harmondsworth, 1967.

ARNOLD M. B., *Emotion and Personality*. vol. II. Columbia Univ. Press, New York, 1960.

ARSENI C., GOLU M., DĂNĂILĂ L., ALEXIANU D., Conştiinţa, conştienţa şi tulburările ei prelungite. „Neurol., psih., neuro-chir.“, vol. 21, 1976, nr. 4, p. 241.

ARSENI C. şi OPRESCU I., *Durerea*. Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1965.

ASCHNER A., *Die Konstitution der Frau*. München, 1924.

ATHANASIU A., *Bazele ştiinţifice ale grafologiei*. Teză. Facultatea de medicină, Bucureşti, 1949.

ATHANASIU A., Psihologia medicală. „Med. internă“, 1958, an. 10, nr. 6, p. 801.

ATHANASIU A., Terapia prin muzică. „Muncitorul sanitar“, 1966, an. XVII, nr. 14, p. 1.

ATHANASIU A. Scris şi personalitate, Ed. Ştiinţifică, 1970.

ATHANASIU A. şi col., *Psihologie şi medicină*. 2 vol. Ed. USSM, Bucureşti, 1972.

BADIN P., *Problèmes de la vie an groupe*. P.U.F., Paris, 1965.

BALINT M., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Payot, Paris, 1966.

BALTRUSCH H. J. F., und Austarheim K., Psyché — Nervensystem — Neoplastischer Prozess. „Psychosom. Med.“, 1963, vol. 9, nr. 4, p. 229 şi vol. 10, nr. 1, p. 3.

BARBARIN G., *Der Tod als Freund*. Stuttgart, f.a.

BARTHON TH. R., *Religions Doctrine and Medical Practice*. C. Thomas, Springfield, 1958.

BARUK H., *Précis de Psychiatrie*. Masson. Paris, 1950.
BARUK H., *La désorganisation de la personalité*. P.U.F., Paris, 1952.
BARUK H., *Les thérapeutiques psychiatriques*. P.U.F., Paris, 1955.
BARUK H., Les causes cérébrales et les causes chimiques des psychoses. „Stud. cercet, neurol.", 1960, vol. 5, nr. 2—3, p. 117.
BASH K. W., *Lehrbuch der Allgemeine Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1955.
BAUMGARTEN F., Der weltgelbundene und der lebensgebunkiene Typus. „Arbeit und Leistung", 1966, vol. 20, nr. 7/8, p. 119.
BAVET P., Existe-t-il une psychologie du malade hospitalisé ? „Présences", 1960, nr. 4, p. 121.
BAYET R., Psychopathologie et évolution sociale, în vol. *L'homme moderne et sa santé*. Ed. de l'Avenir, Asnières, 1966.
BĂLĂCEANU C. și NICOLAU ED., *Personalitatea umană — o interpretare cibernetică*. Ed. Junimea, Iași, 1972.
BĂLĂNESCU ȘT., Nevroza și metafizica. „Tribuna", 1967, an. 11, nr. 36 (533), p. 4.
BEATTY S. A., LEGEWIE H. (ed.), *Biofeedback and Behavior*. Plenum Press, New York-London, 1977.
BEECHER H. N., The powerful Placebo. „J. amer. med. Assoc.", 1955, vol. 159, p. 1602.
BELCIUGĂȚEANU C., Caracter și nevroză. „Neurol., psihiatria, neurochirurgia", 1959, nr. 5, p. 451.
BELCIUGĂȚEANU C., Probleme de interferență și dinamică sindromologică în nevroze. „Neurol., psihiatria și neorochirurgia", 1966, vol. 11, nr. 2, p. 105.
BERAR P. și PÂNZARU P. (sub redacția), *Studii de sociologie și psihologie socială*. Ed. politică, București, 1968.
BERENDES J., Musik und Medizin. „Ciba Zeitschrift", 1961, nr. 8/9, p. 100.
BEREZIN M. A. and CATH ST. H. (ed.), *Geriatric Psychiatry*. Intrenat. Univ. Press, New York, 1965.
BERGER G., *Questionnaire caractérologique pour l'analyse d'un caractère individual*. P.U.F., Paris, 1950.
BERGES J., *Les gestes et la personnalité*. Hachette, Paris, 1967.
BIBERI I., *Thanatos*. Ed. Fundațiilor, București, 1936.
BIBERI I., *Funcțiile creatoare ale subconștientului*. Ed. Fundațiilor, București, 1938.
BIBERI I., *Individualitate și destin*, vol. 1—2, Ed. Fundațiilor, 1945.
BINDER H., *Die menschliche Person*. Ed. Huber, Bern-Stuttgart, 1964.
BINET A., *La vie sexuelle de la femme*. Expansion scientifique française, Paris, 1932.
BINET L. et VALLÉRY-RADOT P., *Médecine et littérature*. Ed. Expansion scientifique française. Paris. 1965.
BIRKMAYER W. (herausg.), *Anfall-Verhalten-Schmerz*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1976.
BÎKOV K. M., *Scoarța cerebrală și organele interne*. Ed. de Stat, București, 1952.
BÎKOV K. M. și CURȚIN T., *Bolile cortico-viscerale*. Ed. de Stat, București, 1952.
BLÉCOURT J. de (ed.), *Patient compliance*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Vienna, 1979.
BLEULER E., *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer, Berlin, 1930.
BLEULER M., *Endokrino-Psychiatrie*. G. Thieme, Leipzig, 1955.
BOGDANOVICI, L., *Însemnările unui psihiatru*. Ed. Cartea Rusă, București, 1958.
BOLGERT M., La médecine psychosomatique existe-t-elle ? „Cahiers Coll. Méd. Hôp. Paris", 1965, vol. 6, nr. 4, p. 293.
BOLGERT M. et SOULÉE M., Etude clinique et psychosomatique de 200 cas de psoriasis. „Sem. Hôp.", 1955, nr. 22, p. 1251.
BOLOGA V., *Vrăji, doftoroaie și leacuri băbești*. Ed. SRSC, București, 1956.
BRĂTESCU GH., *Etica medicală*. Ed. științifică, București, 1969.
BRATKO A. A. i KOCERGHIN A. N., *Informația i psihika*. Izd. Nauka, Novosibirsk, 1977.
BRÂNZEI P., *Itinerar psihiatric*. Ed. Junimea, Iași, 1975.
BRÎNZEU P., *Educația estetică în chirurgie*. Ed. didactică și pedagogică, București, 1966.
BRÎNZEU P., *Curs de cultură medicală*. Inst. med. Timișoara, 1967.
BRÎNZEU P., GAVRILESCU ȘT., FRÄNKEL-GORO E. și LEVIN S., *Discuții pe marginea grefelor de inimă*. Inst. de Medicină, Timișoara, 1969.
BRUN S., *La main et l'esprit*. P.U.F., Paris, 1963.

BRÜNER W., La psicologia della scrittura e le sue relazioni con la psicopatologia. „Riv. psicol. scritt.", 1966, vol. 12, nr. 2, p. 147.
BUGARD P., *La fatigue*. Masson, Paris, 1960.
BUGARD P., *L'usure par l'existence*. Masson, Paris, 1964.
BÜHLER CH. and MASSARIK F., *The Course of Human Life*. Springer, New York, 1968.
BÜHLER CH., *Der menschliche Labenslauf als psychologisches Problem*. Hirzel, Leipzig, 1933.
BÜHLER, CH., Le cours de la vie à travers les biographies. „J. Social. Psychol.", 1933, vol. 19, p. 405.
BÜRGER M., *Die Hand der Kranken*. Lehmann, München, 1956.
BUYTENDIJK S. S., *La femme — ses modes d'être, de paraître, d'exister*. Desclée de Bouver, Paris, 1967.
CAILLE F., *Caractères et écritures*. P.U.F., Paris, 1957.
CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*. P.U.F., Paris, 1966.
CARTON P., *Diagnostic et conduite des tempéraments*. Maloine, Paris, 1926.
CARREL AL., *L'homme, cet inconnu*. Plon, Paris, 1935.
CATTELL R. B., *The Description and Measurement of Personality*. Yonkers, New York, 1946.
CEPÎLOV F., *Povestiri despre chirurgi*. Ed. tineretului, București, 1954.
CHERTOK L., *L'hypnose*. Masson, Paris, 1959.
CHERTOK L., *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur*, Exp. Scient. Française, Paris, 1958.
CINOTTI W. R., GRIEDER A., SPRINGOB H. K., *Applied Psychology in Dentistry*. C. V. Mosby, Saint Louis, 1972.
CIOFU I., GOLU M., VOICU C., *Tratat de psihofiziologie*. Vol. I. Ed. Acad. R.S.R., București, 1978.
CLAUSEN S. A., The Sociology of Mental Illness, în sol. *Sociology today — Problems and Prospects*. Basic Books, 1959, p. 485.
COLLIER R. M., The Role of Affect in Behavior, „J. indiv. Psychol.", 1966, vol. 22, nr. 1, p. 3.
COLONAȘ FL., Rolul aspectului psihologic în reușita tratamentului stomatologic. „Rev. psihol.", t. 25, 1979, nr. 1, p. 91.
CONDRAU G., *Psychosomatik der Fraunenheilkunde*. Huber, Bern-Stuttgart, 1965.
CONDRAU G., Problèmes psychosomatiques en gynécologie. „Méd. et Hyg." 1967, nr. 766, p. 153.
CONRAD K., *Der Konstitutionstypus als genetisches Problem*. Berlin, 1941.
CORMAN L., La morpho-physiologie, în *Encyclopédie Psychologique*, vol. I, Paris, p. 82.
CORNIER A., Introduction à la médecine psychosomatique, „Cah. Biothér.", 1964, nr. 3, p. 133.
COTTRAUX J., Psychosomatique et médecine comportamentale, Masson, Paris, 1981.
COUÉ E., *Stăpînire de sine*. Ed. 3. Cultura Românească, București, f.a.
CUCU C. I., *Manifestări psihiatrice în clinica medicală*. Ed. Litera, București, 1977.
CUCU C. I., *Psihologie medicală*. Ed. Litera, București, 1980.
DAMILANO S., Importanța culorii în mediul spitalicesc. „Bul. Informare C.D.M.", 1967, nr. 2, p. 152.
DANIAUD S., *Stimulothérapie cutanée*. Maloine, Paris, 1964.
DAVIDESCU G., *Pe paleta vieții*. Ed. științifică, București, 1965.
DEBRAY S. R., *Le malade et son médecin*. Flammarion, Paris, 1965.
DELAY S., PICHOT P., *Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*. 3 ed Masson. Paris, 1967.
DELORE P., *Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade*. Masson, Paris, 1944.
DEBENEDETTI E., *Conoscenza ed errore in medicina*. Minerva medica, Torino, 1959.
DE M'UZAN, La médecine psychosomatique, în *Encyclopedie de Psychologie*. Nathan, Paris, 1962. T.I., p. 72.
DIEPGEN P., *Frau und Frauenheilkunde in der Kultur des Mittelalters*. Thieme, Stuttgart, 1963.
DIMITRIU C. GH., Dimensiunea psihologică a medicinii, „Contemporanul", 1964, nr. 43 (941), p. 7.

DIMOND ST. S. and BLIZARD D. A. (ed.), *Evolution and lateralization of the brain.* „Ann. N. Y. Acad. Sci.", vol. 299, 1977.
DONGIER M., Spécificité et non-spécificité en psychosomatique cardiovasculaire. „Méd. et Hyg.", 1967, nr. 766, p. 156.
DUBLINEAU S., Reflexions sur la psychologie de la sénéscence. „Ann. méd.-psychol.", 1948, t. 1, p. 323.
DUBLINEAU S., *Les grandes crises de l'enfance.* Ed. Blond, Paris, 1947.
DUMAS G., *Nouveau traité de psychologie,* t. III, Alcan, Paris, 1932.
DUMITRESCU-POPOVICI I., Simţul clinic. „Acta med. rom.", 1946, vol. 19, nr. 3—4, p. 256.
DUNBAR F., *Emotion and Bodyly Changes.* Columbia Univ. Press, New York, 1947.
DURMIŞIAN M. G., *Învăţăturile lui I. P. Pavlov, baza dezvoltării ştiinţei medicale contemporane.* Ed. de Stat, Bucureşti, 1953.
DUYCKAERTS FR., *La notion de normal en psychologie clinique.* Vrin, Paris, 1966.
EDMONSTON W. E. (ed.), Conceptual and investigative approaches to hypnosis and hypnotic phenomena. „Ann. N. Y. Acad. Sci.", vol. 296, 1977.
EITNER S., *Gerohygiene.* Ed. Volk und Gesundheit, Berlin, 1966.
ELSDON-DEW R. W., WINK C. A. S. and BIRDWOOD G. F. B. (ed.), *The Cardiovascular, Metabolic and Psychological Interface.* Academic Press, London, 1979.
ELIADE M., *Fragmentarium.* Ed. Vremea, Bucureşti, 1939.
ENĂTESCU V. et CODREANU L., la communication dans le dialogue médecin-malade et le role de la communication extra-verbale. 8 Con gr. Int. Cybernétique, Namur, 1976, p. 927.
ENKE W., *Die Psychomotorik der Konstitutionstypen.* Barth, Leipzig, 1930.
ERMIANE M. et GUILHOT M., Dynamique des expressions du visage et des mouvements associés de la tête dans les psychoses et les nevroses. „Biol. méd.", 1961, vol. 50, p. 353.
EVANS A. E. and EDIN S., If a Child must die. „New England J. Med.", 1968, vol. 278, p. 138.
EY H., BERNARD P., BRISSAT CH., *Manuel de psychiatrie.* Masson, Paris, 1963.
EYSENCK H. S., *Les dimensions de la personalité.* P.U.F., Paris, 1950.
EYSENCK H. S., *Crime and Personality.* Routledge-Kegan Paul, London, 1965.
EYSENCK H. S., *Die Ungleichheit der Menschen.* List, München, 1975.
FÄHRMANN R., *Die Deutung des Sprachausdrucks,* Bouvier, Bonn, 1960.
FERRABOUC CL., Psychologie et hygiène, în *Encyclopédie de Psychologie,* vol. I, 1962, p. 204.
FERVERS C., *Der Ausdruck des Kranken.* Lehmann, München, 1935.
FERVERS C., *Schmerzbetäubung und Seelische Schonung.* Enke, Stuttgart, 1940.
FODOR O. (sub red.), *Biologie şi vîrstă.* Ed. Dacia, Cluj, 1971.
FOIX P., *La graphologie dans le monde moderne.* Payot, Paris, 1959.
FORD D. N. and URBAN H. B., Psychotherapy, în „An. Rev. Psychol.", 1967, vol. 18, p. 333.
FORGUE E., *Au seuil de la chirurgie.* Doin, Paris, 1927.
* * * *Formes de la douleur.* Ciba-Geigy, Basel, 1976.
FOUGERAT E., *Le dictionnaire des visages.* Ed. techniques et artistiques, Paris, 1949.
FRAMBILLA F., BRIDGES P. H., ENDRÖCZI E., HEUSER G. (ed.), *Perspectives in endocrine psychobiology.* Akad. Kiadó, Budapest, 1978.
FRAISSE P. et PIAGET J., *Traité de Psychologie expérimentale.* P.U.F., Paris, 1963.
FRANC L., *L'ésprit et les glandes.* Debresse. Paris, 1960.
FRANCES R., *Le perception de la musique.* J. Vrin, Paris, 1958.
FRANCSTEIN S., *Reflexele organului lezat.* Ed. de Stat, Bucureşti, 1954.
FRANK S. D., Les facteurs curatifs des psychothérapies, „Med. Prisma" nr. 2. Böhringer, Ingelheim, 1975.
FRANKL V. E., Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie, în *Hdbch. der Neurosenlehre,* Urban — Schwarzenberg, München-Berlin, 1953, Ed. III, p. 663.
FREUD S., *La psychopathologie de la vie quotidienne.* Payot, Paris, 1924.

FRIEDEMANN A., Schicksalsanalytische Gesichtspunkte in der Psychotherapie, în *Haben der Neurosenlehre*, vol. 3, Urban — Schwarzenberg, Wien-München, 1959, p. 335.
FRONESCU E., *Erori de diagnostic în medicina internă*. Ed. medicală, Bucureşti, 1970.
GAVRILIU L., S. Freud sau dreptul la adevăr, în S. Freud, *Opere alese*, Ed. didactică şi pedagogică, 1980, p. 7.
GEBSATTEL E. V., *Prolegomena einer medizinische Anthropologie*. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1954.
GELLHORN E. A., LOOFBOURROW G. N., *Emotions and emotional disorders*. Hoeber, New York, 1963.
GHEORGHIU VL. A., Betrachtungen über Suggestion und Suggestibilität. „Scientia", sept.-oct. 1972. Milano.
GHIŢESCU GH., *Anatomie artistică*, vol. III. Ed. Meridiane, Bucureşti, 1965.
GLASER B. G. and STRAUSS A. L., *Awareness of Dying*. Aldine Publ., Chicago, 1965.
GOIA I., Să învăţăm din greşelile de diagnostic ! „Muncitorul sanitar", 1967, an 18, nr. 16 (880), p. 1.
GOLU M., *Natura şi bazele neurofiziologice ale psihicului*. Ed. ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1980.
GROTJAHN A., *Ärzte als Patienten*. G. Thieme, Leipzig, 1929.
GUILFORD J. P., *Personality*. Mc Graw Hill, New York, 1959.
GULIAN C. I., *Sensul vieţii în folclorul românesc*. ESPLP, Bucureşti, 1957.
GULIAN C. I., *Originile umanismului şi ale culturii*. Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1967.
GUTTENBERG O. E., The Meaning of Death in medical Theory. „Stanford Med. Bull.", 1959, vol. 17, p. 165.
GUNTHER J., Timide plaidoyer en faveur de l'hypochondrie. „Symp. Ciba", 1962, vol. 10, nr. 1, p. 38.
HANSEMANN D. von, *Der Aberglaube in der Medizin*. 2 Aufl. Teubner, Berlin, 1914.
HAYNAL A. et PASINI W., *Abrégé de Médecine psychosomatique*. Masson. Paris, 1978.
HAZERMANN R. H., Exigences psychologiques dans les services hospitaliers de convalescence. VIII Coll. intern. psychol. méd., genes, 1965, p. 21.
HEISER V., *L'extraordinaire odysée d'un médecin*. Ed. Corrêa, Paris, 1938.
HELD R. R., *De la psychanalyse à la médecine psychosomatique*. Payot, Paris, 1968.
HEYMANS G., *La psychologie des femmes*. Alcan, Paris, 1925.
HILL A., *L'art contre la maladie*. Vigot, Paris, 1947.
HIRT M., ROSS W. D., KURTZ R. and GLESER G., Attitudes to body products among normal subjects. „J. abnorm. Psychol.", 1969, vol. 74, nr. 4, p. 486.
HUDSON R. P., Polypharmacy in twentieth century America, „Clin. Pharmacol. Therap.", 1968, vol. 9, nr. 1, p. 2.
HURLOCK E., *Child development*. Mc Graw Hill, New York, 1964.
* * * L'image du médecin vue par des adolescents. Ed. Ciba-Geigy, Basel, 1980.
IONESCU G., *Introducere în psihologia medicală*. Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
IONESCU G., Criteriile şi coordonatele sănătăţii medicale. „Neurol., psihiatr., neurochir.", 1979, vol. 24, nr. 2, p. 81.
IONESCU G., Psihoterapia prin decondiţionare. „Analele Univ. Bucureşti, Psihologie", 1973, an 22, p. 133.
IONESCU G., Psihoterapiile condiţionării — replică modernă a psihanalizei clasice. „Neurol., psihiatr., neurochir.", 1973, vol. 18, nr. 6, p. 481.
IONESCU G., *Psihosomatica*. Ed. ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1975.
IONESCU G., *Ce este psihopatologia ?* Ed. ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1979.
* * * L'irrationnel en médecine. „Documenta Geigy", Bâle, 1970.
IVANOV-SMOLENSKI A. G., *Studii de fiziopatologie a activităţii nervoase superioare*. Ed. de Stat, Bucureşti, 1951.
IVANOV-SMOLENSKI A. G., Despre studiul tipurilor de activitate nervoasă superioară la animale şi om. „Rev. şt. med. — med. internă", 1953, nr. 4, p. 9.
JASPERS K., *Allgemeine Psychopathologie*. 8 Aufl. Springer, Berlin, 1965.
JASPERS K., *Psychologie der Weltanschauungen*. Springer, Berlin, 1925.
JASPERS K., *Philosophie und Welt*. Piper, München, 1963.

JONCKHEERE P., Considération sur la psychothérapie. „Acta neurol. psychiat. belg.“, 1965, vol. 65, nr. 9, p. 667.

JOST J., La musicothérapie. „Santé publique“, 1960, p. 197.

JOST J., *Musique, psychologie et psychothérapie*. Ed. sociales, Paris, 1964.

JOUVE A., DONGIER M., DELSAGE M. et NAYAUD R., Recherches psychosomatiques en cardiologie. „Presse méd.“, 1961, vol. 69, nr. 55, p. 2 595.

KALMAR J. M., *Traitement homoepathique des troubles du psychisme et du caractère*. Doin, Paris, 1955.

KANATSOULIS A., *Psychologie du cardiaque*. Doin, Paris, 1961.

KAUFMAN M. R. and HEIMAN M. (ed.), *Evolution of Psychosomatic Concepts. Anorexia nervosa : a paradigm*. Intern. Univ. Press, New York, 1964.

KAUPP D. K., Les malades que l'on ne vent pas guérir. „Le nouvel observateur“, 1967, nr. 124, p. 68.

KERNBACH M., Orientarea medicinii moderne spre psihologie și spre alte științe spirituale. „Rev. de Psihologie“, 1943, vol. 6, nr. 1, p. 1.

KERNBACH M. și ROMANESCU N., *Hotarul tradițional și legal al profesiunii medicale*. Tip. Transilvania, Cluj, 1935.

KIELHOLZ P. (ed.), *A therapeutic approach to the psyche via the betaadrenergic system*. Huber. Bern — Stuttgart — Vienna, 1978.

KLAGES L., *Die Grundlagen der Charakterkunde*. Barth, Leipzig, 1936.

KLAGES L., *Handschrift und Charakter*. 24 Aufl., Bonn, 1954.

KLOTZ H. P. et coll, La médecine psychosomatique existe-t-elle ? „Cahiers Coll. Méd. Hôp. Paris“, 1965, vol. 6, nr. 4, p. 277.

KOELSCH A., *Hände und was sie sagen*. Küssli, Zürich — Leipzig, 1929.

KONEČCNY R., BOOCHAL M., *Psychologie v lekařstvi*. Avicenum, Praha, 1970.

KOURILSKI R., *La formation psychologique des médecins*. Ed. Maloine, Paris, 1964, p. 27.

KRAFT T. B., Stress ou surmenage ? „Hexagone Roche“, an 7, nr. 5, 1979, p. 1.

KRAFFT-EBING E. und MOLL A., *Psychopathia sexualis*. Payot, Paris, 1963.

KRAMER E., *Arttherapy in a Children Community*. C. Thomas, Springfield, 1958.

KRETSCHMER E., *Medizinische Psychologie*. * Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1950.

KRETSCHMER E., *Körperbau und Charakter*. ** Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1951.

KRIEGER D. T. and GANONG W. F., *ACHT and related peptides : structure, regulation and action*. „Ann. N. Y. Acad. Sci.“, vol. 297, 1977.

KUDLIEN FR., Der Arzt des Körpers und der Arzt der Seele. „Ciba. Medica“. 1968. vol. 3, p. 1.

LABORIT H., *Biologie et structure*. N.R.F., Paris, 1968.

LACROIX R., Médecine et musique. „La revue musicale“, 1962, nr. 250, p. 27.

LASAGNE L., LATIES V. A. and DOHAN L. J., Further Studies on the Pharmacology of Placebo Administration. „J. Clin. Invest.“, 1958, vol. 37, p. 533.

LAZARUS R. S., *Psychological Stress and the Coping Proces*. Mc Graw Hill, New York, 1966.

LEBEDINSKI M. S. i MIASIȘCEV V. N., *Vvedenie v mediținkuiu psihologhii*. Izd. Medițina, Leningrad, 1966.

LEDERER H. D., How the Sick view their World. „J. social Issues“, 1952, vol. 8, p. 4.

LEIBBRAND W., *Heilkunde*. Alber, Freiburg — München, 1953.

LEFÈBVRE M., *Critiques de la vie quotidienne*. Ed. de l'Arche, Paris.

LEIFER R., Psychotherapy, Scientific Method and Ethics. „J. Psychother.“, 1966, vol. 20, nr. 2, p. 295.

LE NY F., Les réactions conditionnelles, în *Traité de Psychologie expérimentale*, vol. IV, P.U.F., Paris, 1964, p. 2.

LEONHARD K.. *Personalități accentuate în viață și în literatură*. Ed. științifică și enciclopedică, București, 1979.

LE SHAN L., An Emotional Life — history Pattern Associated with Neoplastic Diseases. „Ann. N. Y. Acad. Sci.“, 1966, vol. 125, art. 3, p. 780.

* * * *Les troubles psychosomatiques*. OMS. Rapport technique nr. 275, 1964.

LEURET FR. et BON H., *Les guérisons miraculeuses modernes*. P.U.F., Paris, 1956.

LÉVY A., *Psychologie sociale — textes fondamentaux anglais et américains*, Vol. I. Dunod, Paris, 1965.

LIUBINSKAIA A. A.. *Die psychische Entwicklung des Kindes*. Volkund Wissen, Berlin, 1961.

LOOMIS F. M., *Das Band zwischen uns : der dritte Faktor*. Füssli, Zürich, 1942.

LORAS O., *La médecine de la personnalité*. Payot, Paris, 1956.

LUBAN-PLOZZA B. et PÖLDINGER E., *Le malade psychosomatique et le médecin praticien*. Ed. Roche, Bâle, 1974.
LUNGER M. u. SHAPIRO A., Iatrogene Schäden in Rahmen der psychosomatischen Medizin, în D. M. Spain, *Iatrogene Krankheiten*. G. Thieme, Stuttgart, 1967, p. 287.
MACAVEI I., Importanța ginecopatiilor funcționale în medicina transporturilor. „Stud. cercet. med. (Cluj)", 1963. p. 209.
MAEDER A., *La personne du médecin, un agent psychotherapeutique*. Deslachaux et Niestlé, Paris, 1953.
MAJOCCHI A., *Printre bisturie și foarfece*. Ed. Cioflec, București, 1943.
MALESPINE E., La graphographie et ses applications. în *Traité de médecine biotypologique*. Doin, Paris, 1955.
MARCEL G., *Was erwarten wir vom Arzt ?* Enke, Stuttgard, 1956.
MARINESCU GH., *Lourdes și Maglavit*. Tip. Universul, București, 1936.
MARTINY M., *Essai de biotypologie humaine*, Peyronnet, Paris, 1948.
MARTY P., de M'UZAN M. et DAVID C., *L'investigation psychosomatique*. P.U.F., Paris, 1963.
MASON J. W. et all., Organization of Psychoendocrine Mechanisms, „Psychosom. Med.", 1968, vol. 30, nr. 5, p. 565.
MARTHEY S., *Contribution à l'étude des balancement psychosomatiques*. Thèse. Vigot, Paris, 1938.
MAURIEL R., Les nevrosée de la température. „L'Express", 1966, nr. 809, p. 36.
MAY E., *Heilen und Denken*. Berlin, 1956.
MĂICĂNESCU M., SĂHLEANU V., IONESCU B., *Probleme de sexologie masculină*. Ed. Medicală, București, 1958.
MĂRGINEANU N., *Psihologia persoanei*. Ed. II. Ed. Universității din Cluj, Sibiu, 1944.
MC DONALD R., The Effects of Personality Type on Drug Response. „Arch. Gen. Psychiatry", 1967, vol. 17, p. 680.
MC KEON R., The Concept of Mankind and Mental Health. „Ethics", 1966, vol. 77, nr. 1, p. 23.
MC QUEEN D., Perspectives socio-culturelles dans la santé et la maladie. „Med. Prisma" nr. 4, Boehringer, Ingelheim, 1978.
MEAD S., The doctor has stroke. „The Lancet", 1963/2. p. 574.
MEERLOO J. A. M., Cancer et psyche. „Med. et Hyg.", 1970, nr. 920, p. 945.
MELZACK R., Evolution of Pain Theories. „Anesthesiology", vol. 31, nr. 3, 1969, p. 203.
MELZACK R. and WALL P. D. Interaction of fast — and slow — conductivy fiber systems involved in pain and analgesia. Proc. 3 Int. Pharm. Meeting, 1966, vol. 9, p. 231.
MELZER H., *Der Einfluss der TBK auf das Seelenleben des Kranken*. Stuttgart, 1933.
MENG H., *Protection de la santé mentale*. Payot, Lausanne, 1944.
MENG H., *Psyche und Hormon*. Heber, Stuttgart, 1960.
MENNINGER K., *Theory of Psychanalytic Technique*. Ed. Science, New York, 1961.
MERGER R. et, CHADEYRON P. A., *L'accouchement sans douleur*. P.U.F., Paris, 1964.
METCHNIKOFF E., *Essais optimistes*. Alcan, Paris, 1907.
MICHEL-WOLFROMM H., *Gynécologie psychosomatique*. Masson, Paris, 1963.
MIHĂILĂ I. și colab., Cercetări privind solicitările organismului femeii în muncă în gospodăria proprie. „Fiziol. norm. patol.", 1966, vol. 12, nr. 5. p. 459.
MIHU A., *Sociometria*. Ed. politică, București, 1967.
MILLENSON J. R., *Analysis of Behavior*. Wiley, New York, 1967.
MILVY P. (ed.), *The Marathon : physiological, medical, epidemiological and psychological studies*. „Ann. N. Y. Acad. Sci.", vol. 301, 1977.
MINKOWSKI E., *Traité de psychopathologie*. P.U.F., Paris, 1966.
MOISEEV V. I., *Cibernetica în biologie și medicină*. Ed. Medicală, București, 1962.
MONTASSUT M. et LEROY CL., De quelques répercussions psychologiques et psychiatriques contemporaines. „Gazette méd. de France", 1962, t. 69, nr. 4, p. 1107.
MOOR L., *L'écriture de l'enfant*. Sa physiologic et ses troubles. „Gaz Méd. France", 1965, vol. 72, p. 2435.
MORALI-DANINOS A., *La psychologie appliquée*. F. Nathan. Paris, 1956.

MUCCHIELLI R., *Philosophie de la médecine psychosomatique*. Montaigne, Paris, 1961.
MÜLLER O., *Grundsätzliches zum Kampf um ein besseres Arzttum*. Hippokrates-Verlag, Stuttgart — Leipzig, 1935.
MÜLLER-HEGEMANN D., Über das psychotherapeutische Minimum. „Stud. cercet. neurol.", 1960, vol. 5, nr. 2—3, p. 371.
MURPHY G., *Personality*. Basic Books, New York, 1966.
NACHT S., Névrose et caractère. „Revue fr. psychanal.". 1966, vol. 30, nr. 3, p. 295.
NAUMBURG M., *Psychoneurosic Art: its Function in Psychotherapy*. Grum-Stratton, New York, 1953.
NEAGU BASARAB M., *Medici despre geniu*. Ed. Albatros, Bucureşti, 1976.
NEGREA ECATERINA, *Psihic şi hormoni*. Teză de doctorat. Univ. Bucureşti, 1975.
NEISWANDER A. C., To be or not to be: Suicide. „J. Assoc. Intern. Homeopat.", 1965, nr. 1—2, p. 42.
* * * *Neural regulation of food and water intake*. „Ann. N. Y. Acad. Sci.", 1969. vol. 157/2, p. 531.
NICHIFOR E. şi BOCÎRNEA C., *Muzica şi medicina*. Ed. medicală, Bucureşti, 1965.
NICOLAU EDM. şi BĂLĂCEANU C., *Elemente de neurocibernetică*. Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1967.
NICOLLE CH., *Responsabilités de la médecine*, 2 série. Alcan, Paris, 1936.
NUNBERG H., *Practice and Theory of Psychoanalysis*, I. Internat. Univ. Press. New York, 1961.
OKINCZYK J., *L'humanisme médical*. Ed. Labergerie, Paris.
PALAISEUL J., *Au delà de la médecine. Tous les moyens de vous guérir interdits aux médecins*. Laffont, Paris, 1957.
PAMFIL ED. şi ODOBESCU D., *Psihologie şi informaţie*. Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
PARHON C. I., *Psihozele afective*. Tip. Viaţa Românească, Iaşi, 1925.
PARHON C. I., *Edafologia sau ştiinţa terenului*. „Medicina Română", 1948.
PAUL B. D., *Health, culture and community*. Russel, New York, 1955.
PAUL H. A., Typenforschung in der Arbeitswissenschaft. „Arbeit und Leistung". 1966, vol. 20, nr. 7/8, p. 108—115.
PAULHAN FR., *Analystes et esprits synthétiques*. Alcan, Paris, 1928.
PAVELCU V., Caracterele afectivităţii. „An. de Psihologie", 1937, vol. 4, p. 204.
PAVELCU V., Probleme de tipologie. „Rev. de psihologie", 1957, nr. 2. p. 25.
PAVELCU V., *Drama psihologiei*. Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1965.
PAVELCU V., *Un profil psihologic al feminităţii*. Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1971.
PAVESE C., *Meseria de a trăi*. EPLU, Bucureşti, 1967.
PAVLOV I. P., *Opere alese*. Ed. Academiei R.P.R., Bucureşti, 1952.
PAVLOV I. P., *Experienţa a douăzeci de ani în studiul activităţii nervoase superioare a animalelor*. Ed. Academiei R.P.R., Bucureşti, 1953.
PĂUNESCU-PODEANU A., *Bolnavi dificili*. Ed. medicală, Bucureşti, 1969.
PEATNIŢCHI I., Metodologia diagnosticului medical, în vol. II din *Dialectica metodelor în cercetarea ştiinţifică*. Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1966, p. 147.
PÉLIER Y., Le suicide, milieux et modèles. „Rev. psychol. peuples", 1967, vol. 22, nr. 1, p. 47.
PENCIU P. (sub red.), *Educaţia sanitară*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1964.
PENDE N., *Tratatto di biotipologia umana, individuale e sociale*. Ed. Vallardi, Milano, 1939.
PENDE N. et MARTINY M. (ed.), *Traité de médecine biotypologique*. Doin, Paris, 1955.
* * * Physionomie et communication. „Ciba revue", Bâle, 1975.
PICHOT P., Obsession et phobies. „La revue du praticien", 1965, t. 15, p. 759.
PICHOT P., Le malade imaginaire, „Med. Fr.", 1965, nr. 160, p. 11 şi 47.
PIERON H., Les besoins, în *Traité de Psychologie expérimentale*, vol. III. P.U.F., Paris, 1963.
PITTS F. N., The Biochemistry of Anxiety. „Scient. American", vol. 220, 1969, nr. 2, p. 69.
PÎRVU N., *Studii de psihologia artei*. Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1967.
PLATONOV C. I., *Sugestia şi hipnoza în lumina învăţăturii lui I. P. Pavlov*. Ed. de Stat, Bucureşti, 1953.
PLUTCHIK R., What is emotion? „J. Psychol.", 1965, vol. 61/2, p. 295.

POLITZER G., *La crise de la psychologie contemporaine.* Ed. sociales, Paris, 1947.
POPA Gr. T., Evoluția unui om și a unei științe. (Extras din) „Rev. șt. med.", București, 1943.
POPESCU D., *Durerea — prieten și dușman.* Ed. medicală, București, 1960.
POPESCU GR. GR. și RĂDULESCU S. M., *Sociologia medicinii.* Ed. medicală, București, 1976.
POPESCU-SIBIU I., *Psihanaliza.* Ed. Werther, Sibiu, 1947.
POPESCU-NEVEANU P., *Tipurile de activitate superioară la om.* Ed. Acad. R.P.R. București, 1961.
POPESCU-NEVEANU P., *Dicționar de psihologie.* Ed. Albatros, București, 1978.
POROT M., *La psychologie des tuberculeux.* Delachaux et Nieslé, Paris — Neuchâtel, 1950.
PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale.* Masson, Paris, 1954.
POSTELNICU D., *Posibilitățile și limitele endocrinologiei.* Ed. Academiei R.S.R., București, 1973.
POSTELNICU D., Asistența psihologică în cancerul de sîn, în *Cancerul sînului.* Cluj-Napoca, 1978, p. 369.
POSTELNICU D., CHIRA AL. și SĂHLEANU V., *Introducere în gerontologie.* Ed. Acad. R.S.R., București, 1969.
POTET M., *Hygiène mentale.* Le François, Paris, 1932.
PREDA GH., MINCU T., STOENESCU T., LUNGU M., Considerații asupra psihoterapiei și în special asupra hipnozei, în *Probleme de psihiatrie.* Ed. medicală, București, 1957, p. 196.
PREDESCU V. (sub red.), *Psihiatrie.* Ed. medicală, București, 1976.
PRESCOTT FR., *The Control of Pain.* The English, Univ. Press, London, 1964.
PRILL H. J., *Psychosomatische Gynäkologie.* Urban — Schwarzenberg, München, 1964.
PROKOP O. (ed.), *Medizinischer Okkultismus — Paramedizin.* 2 Aufl. Fischer, Jena, 1964.
* * * Psychologie clinique. „Bull. Psychol. Univ. Paris", vol. XXI, nr. 15—19 (270).
* * * *Psycho-physiological Aspects of Cancer.* „Ann. N.Y. Acad. Sci.", 1966, vol. 125, art. 3.
RALEA M., *Psihologie și viață.* Ed. Fundațiilor, București, 1938.
RALEA M., *Explicarea omului.* Ed. Cartea Românească, București, 1945.
RALEA M., și HERSENI TR., *Introducere în psihologia socială.* Ed. științifică, București, 1966.
RAUH F., *Das sittliche Leben des Menschen im Licht der vergleichenden Verhaltensforschung.* Butzon — Bercker, Kevelaer, 1969.
RĂCEANU ILEANA, Mecanisme psihice în etiopatogenia colitei ulceroase. „Med. internă", 1969, nr. 9, p. 1 103.
READER G. G. and GROSS N. E. W., The Sociology of Medicine, în vol. *Sociology today — Problems and Prospects.* Basic Books, New York, 1959.
REIMANN H. Die Gesellschaft und der Geisteskranke. „Social Psychiatry", 1969, vol. 4, nr. 3, p. 87.
RESTEN R., *Ecriture et malades.* Ed. la François, Paris, 1947.
RESTIAN A., De la pathologie moléculaire à la pathologie informationnelle. Agressologie, 1980, vol. 21. nr. 3, p. 131.
RESTIAN A., *Elemente de patologie informațională.* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1977.
RESTIAN A., La neurocybernétique de la superisation ou les mécanismes cybernétiques de l'intelligence. Cybernetica, XXIII, nr. 3, 1980, p. 221.
RIESE W., *La pensée morale en médecine.* P.U.F., Paris, 1954.
ROFÉ J., *Orientări în higiena mentală.* Ed. Cioflec, București, f.a.
ROȘCA AL., (sub redacția), *Psihologie experimentală.* Ed. didactică și pedagogică, Bucuresti, 1964.
ROTHSCHUH K., *Prinzipien der Medizin.* Urban — Schwarzenberg, München — Berlin, 1965.
ROUSSET S., Le malade mental est-il un adulte ? în *Humaniser l'hôspital psychiatrique.* Ed. du Cerf, Paris, 1958.
RUBINSTEIN S. L., O meste psihiceskogo vo vseobșei vzainosveazi iavlenii materialnogo mira, in col. *Bîtie i soznanie.* Izd. Akad. Nauk. S.S.S.R., Moskva, 1957.
RUBINSTEIN S. L., *Existență și conștiință.* Ed. științifică, București, 1962.

RUSSEK H. J., Emotional Stress and Coronary heart Disease in physicians, *Psychosom. Med.*, 1960, vol. 4, p. 328.
SCHACHTER M., Profilul psihologic al T.B.C., *Analele de psihologie,* 1935, vol. 2, p. 132.
SCHADEWALDT H., Der Arzt vor der Frage von Leben und Tod. *„Klin Wschr"*, 1969, vol. 47, p. 557.
SCHAEFFER H.. La sociophysiologie. *Das med. Prisma,* nr. 6 Boehringer, Ingelheim, 1974.
SCHLEMMER A., Peut-on faire de la médecine générale sans faire de la psychothérapie ? în vol. La formation psychologique des médecins. Ed. Maloine, Paris, 1964, p. 49.
SCHNEIDER K., Die psychopathischen Persönlichkeiten. Deuticke, Wien, 1942.
SCHNEIDER P., Lebensglaube eines Arztes. Hirzel, Leipzig, 1921.
SCHNEIDER P. B., L'angoisse devant l'état de maladie, în vol. *Réactions psychologiques à la maladie.* Ed. Expansion scientifique française, Paris, 1963, p. 41.
SCHREIDER E., *Les types humains.* Ed. Hermann. Paris, 1937.
SCHULTE W., *Studien zur heutigen Psychotherapie.* Quelle — Meyer, Heidelberg, 1964.
SCHULTZ J. H., *Autogen Training.* G. Thieme, Stuttgart, 1939.
SCHULZE H., *Der progressiv domestizierte Mensch und seine Neurosen.* Lehman, München, 1964.
SCHWAB J. J. and HARMELING J. D., Body Image and Medical Illness, „Psychosom. Med.", 1968, vol. 30, nr. 1, p. 51.
SERANE S. et PÉAN CH., în vol. *Actualités de Vittel (Rein et Foie),* VI. 1964.
SERGENT E., *Apologie de la clinique.* Doin, Paris, 1933.
SHERWIN A. C., A Consideration of the therapeutic Use of Music in psychiatrie Ilness. „J. Nerv. Ment. Dis.", 1958, vol. 127, nr. 1, p. 84.
SIGERIST H. E., *Introduction à la médecine.* Payot, Paris, 1932.
SIMONOV P. V., O roli emoţii v prisposnobitelnom povedenii jivîh sistem. „Vopr. Psihol.", 1965, vol. 11, nr. 4, p. 75.
SIVADON P. (direct.), *Traité de psychologie médicale.* T. I—III. P.U.F., Paris, 1973.
SÎRBU AURELIA (sub red.), *Psihiatrie clinică.* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
SLATER M. K., Oedipus and Job in East Africa. „Trans. N. Y. Acad. Sci.", 1966, s. II, vol. 28, nr. 5, p. 644.
SPERANŢIA E., *Introducere în sociologie,* vol. I—II. Ed. Casa Şcoalelor, Bucureşti, 1944.
SPERANŢIA E., *Resorturile psihologice ale evoluţiei umane.* Ed. Universităţii, Cluj. 1947.
SPOERRI TH., Klinik und Ausdrucksphänomenologie, în vol. *Psychologie und Psychiatrie.* Karger, Basel — New York, 1964, p. 185.
STEVENIN L., Psychopatologie de l'expression. „L'encéphale" (suppl.), nov.-dec., 1966, p. 1.
STERN E., *Le médecin et son patient.* Ed. Vitte, Lyon, 1960.
STERN W., *Allgemeine Psychologie.* Amsterdam, 1936.
STOESSEL ŞT. şi OGODESCU D. S., *Omul şi universul informaţional.* Ed. Facla, Timişoara. 1978.
STOETZEL J., Psychologie sociale des âges. „Bull. de Psychol.", 1968, nr. 268, p. 721.
STOKVIS B., Psychosomatik, în *Handbuch der Neurosenlehre,* vol. 3. Urban — Schwarzenberg, Wien, 1959, p. 435.
* * * *Stress, Maladies de la civilisation et viellissement.* Symposium, Lab. Robert et Carière, Paris, 1975.
SUDRE R., *Traité de parapsychologie.* Payot, Paris, 1956.
SUSSER M. W. and WATSON W., *Sociology in Medicine.* Oxford Univ. Press, London, 1967.
SZONDI L., *Experimentelle Triebdiagnostik.* Huber, Bern, 1947.
ŞCHIOPU URSULA, DEMETRESCU RODICA şi ZLATE M. (coord.), *Dicţionar enciclopedic de psihologie,* 3 vol. Univ. Bucureşti, 1979.
ŞTEFĂNESCU-GOANGĂ FL., ROŞCA AL., CUPCEA S., *Adaptarea socială.* Inst. de Psihologie, Cluj, 1938.
TANCO T., *Un om în halat vişiniu.* E.P.L., Bucureşti, 1968.

TARASOV K. E., Despre caracterizarea gnoseologică și logică a greșelilor de diagnostic, în vol. *Probleme filozofice ale medicinei.* Ed. medicală, București, 1963, p. 112.
TAYLOR P., Art as Psychotherapy. „Ann. J. Psychiatry", 1950, vol. 106, p. 599.
TEILLARD A., *L'âme et l'écriture.* Stock, Paris, 1948.
TENHAEFF W. H. C., *Aussergewöhnliche Heilkräfte.* Olten u. Freiburg, 1957.
TEODORU M., Aspecte psihice în endocrinopatii. „Rev. de psihol.". 1957, an. 3, nr. 1, p. 65.
TILITCHÉEF G., Essai sur la psychologie de la médecine. „Cahiers de Biothérapie", 1966, vol. 3, nr. 10, p. 68.
TORRIS G., *L'acte médical et le caractère du malade.* P.U.F., Paris, 1954.
TOURNIER P., *Médecine de la personne.* Ed. Delachaux et Niestlé, Paris.
TRAN-TONG, *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine.* Vrin, Paris, 1967.
TRILLAT R., Expériences de graphothérapie dans divers cas moteurs et psychiques. „Gaz. méd. de France", 1965, vol. 72, nr. 12, p. 2 453.
* * * *Troubles du comportement.* „Ciba revue", Basel, août 1972.
* * * *Tuberkulose — Lexikon.* G. Thieme, Leipzig, 1943, p. 139.
TUCKMAN J., Suicide and pshysical Illness. „J. gen. Psychol.". 1966, vol. 75/2, p. 291.
TUTUNDJIAN O., La psychologie de G. Politzer. „Rech. intern. marxisme", 1966, vol. 9, nr. 51, p. 104.
UGHETTI G. B., *Medici și clienți.* Trad. H. Caufman. Tip. Modernă, Piatra Neamț, 1910.
VAGO O. și HAN S., *Psihoprofilaxia durerilor de naștere.* Ed. medicală, București, 1956.
VALABREGA J. P., *Les théories psychosomatiques.* P.U.F., Paris, 1956.
VALABREGA J. P., *La relation thérapéutique.* Ed. Flammarion, Paris, 1962.
VARIGNY H., *La mort et le sentiment.* Alcan, Paris, f.a.
VASCHIDE N., *Essai sur la psychologie de la main.* Ed. Rivière, Paris, 1909.
VAULTIER R., La musique et la médecine : la mélotherapie. „Presse méd.", 1954, nr. 37, p. 1 187.
VĂTĂMANU N., *Reflexoterapia.* Ed. Orientarea, București, 1934.
VINCENT J. CL., *Incidences des manifestations psycho-émotionnelles dans le déclenchement des crises de tachycardie ventriculaire.* Thèse, Lyon, 1971.
VEXLIARD A., Tempérament et modalités d'adaptation. „Bull. Psychol.", 1968, vol. 21, p. 531.
VIANU I., *Introducere în psihoterapie.* Ed. Dacia, Cluj, 1975.
VINTILĂ I., *Încleștarea cu moartea.* Ed. tineretului, București, 1965.
VINTILĂ I., *Cifrul suferinței.* Ed. tineretului, București, 1967.
VITTOZ R., *Notes et pensée.* Ed. de Louvain, Paris, 1956.
VLAD C., *În domeniul inconștientului.* Tip. Luceafărul, București, 1926.
VLAD T. și VLAD C., *Psihologia și psihopatologia comportamentului.* Ed. militară, București, 1978.
VOICULESCU M. și ANGHELESCU M., *Medici scriitori, scriitori medici.* Ed. medicală, București, 1965.
VOIVENEL H., *Le médecin devant la douleur et la mort.* Libr. de Champs Elysées, Paris, f.a.
VOUTSINAS D., En relisant Politzer. „Bull. de Psychol.", 1967, vol. 21, nr. 263, p. 169.
WARNER H. et WITTKOWER E. D., Psychosomatique transculturelle. „Med. Prisma", nr. 3, Boehringer, Ingelheim, 1975.
WEINTRAUB A., Reflexions psychosomatiques sur les maladies du dos. „Méd. et Hyg.", 1967, nr. 806, p. 1 445.
WEISS J. M., Psychological Factors in Stress and Disease. „Scientific American", 1972, vol. 226, nr. 6, p. 104.
WEITBRECHT H. J., Über Hypochondrie. „Dtsch. med. Wschr.", 1951, vol. 76, nr. 10, p. 753.

WEISÄCKER W. von, Über serlische Einfüsse auf den Ablauf der Kreislanfkrankheiten, în *Aktuelle Kreislauffragen.* Steinkopf. Dresden — Leipzig, 1938. p. 125.
WEIZSÄCKER W. von, *Gestaltkreis.* G. Thieme, Stuttgart, 1950.
WHITE P. D., *Clues in the Diagnosis and Treatment of Heart Disease.* Ed. Thomas, Springfield, 1956.
WILLARD N., *Le génie et la folie au XVIII-e siècle.* P.U.F., Paris, 1963.
ZINKER J. C. a FINK ST. L., The Possibility for psychological Growth in a dying Person. „J. gen Psychol.", 1966, vol. 74/2, p. 185.
ZISSU B., *Matière médicale homéopathique constitutionnelle.* T. II. J. Peyronnet, Paris, 1960.
ZLOTOWICZ M., *Les peurs enfantines.* P.U.F., Paris, 1974.